



IL CORAGGIO DELLE SCELTE PER IL FUTURO DELLA SANITÀ PUBBLICA

VISIONE, RISORSE, RIFORME

15^a Conferenza Nazionale GIMBE
Bologna, 31 marzo 2023

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

ABSTRACT SELEZIONATI

ABSTRACT SELEZIONATI

In grassetto le presentazioni orali e i relatori

1. **Telemedicina in (buona) pratica: esperienza dell'ASL Caserta durante il periodo pandemico**
Bencivenga Francesco, Marisei Mariagrazia, Napoli Annalisa, Paolo Carmine, Guarino Maria Teresa, Di Lorenzo Pierpaolo, Casella Claudia, Capasso Emanuele, Iodice Vincenzo, Niola Massimo
2. **Recupero liste d'attesa: l'esempio dell'ASL TO3**
Bergalla Mattia, Minniti Davide, Vigna Iolanda, Scaioli Giacomo
3. **Medici in formazione specialistica: associazione tra ambiente lavorativo e sintomi depressivi dopo la pandemia Covid-19**
Berselli Nausicaa, Gianfredi Vincenza, Ancona Angela, Stacchini Lorenzo, Cosma Claudia, Mazza Clara, De Nicolò Valentina, Minutolo Giuseppa, Cedrone Fabrizio, Catalini Alessandro
4. **Analisi delle criticità di implementazione del PNRR nella ASL bari**
Coppola Cristina, Luigi Fruscio, Raffaele Iorio, Silvana Fornelli, Caterina Morcavallo, Marilena Monica Vece, Simona Mudoni, Antonio Sanguedolce
5. **I ricoveri psichiatrici in regime volontario e obbligatorio in un reparto di SPDC nel periodo pre- e post-Covid-19**
Di Lorenzo Rosaria, Dragone Diego, Reami Matteo, Panini Giulia, Morgante Martina, Ferri Paola, Marrama Donatella, Starace Fabrizio
6. **Implementazione dell'uso del teleconsulto in cardiologia riabilitativa durante la pandemia COVID-19: il progetto dell'AORN "A. Cardarelli" di Napoli**
D'Onofrio Gaetano, Onofaro Filippina, Mannelli Maria Pia, Ascione Flora, Fidecicchi Andrea, Salzano Andrea, Napoli Annalisa, Livigni Marco, Sarnelli Raffaele, D'Amore Antonio
7. **Impatto del PNRR sulla rete dell'assistenza territoriale e di prossimità nella Regione Calabria**
Tricanico Enrico, D'Amico Diego
8. **Qualità di vita e stress degli studenti infermieri in era Covid-19**
Fiorentini Rita, Bacaloni Simona, Carpano Sabrina, Grillo Claudio, Serafini Alice, Caglini Giovanna, Ruotolo Rita
9. **Il servizio sperimentale "Ambulatori Diffusi" per fronteggiare la carenza dei Medici di Medicina Generale nell'ATS di Bergamo**
Giupponi Massimo, **Sofia Michele**, **Scardoni Alessandro**, Trezzi Isabella, Zucchi Alberto, Crotti Giacomo, Paciello Arrigo, Montermini Dario
10. **COReHealth: Centrale Operativa Regionale per la Telemedicina delle Cronicità e delle Reti Cliniche**
Gorgoni Giovanni, Notarangelo Pasquale, Petrarolo Vito
11. **Telemedicina in diabetologia: l'esperienza nazionale dell'Associazione Medici Diabetologi**
Manicardi Valeria, Russo Giuseppina, Rocca Alberto, Manicardi Elisa, Di Cianni Graziano, Di Bartolo Paolo

12. Disturbo da stress post traumatico e resilienza: confronto tra unità di rianimazione COVID e non COVID
Massi Alessia, Petritoli Fabrizio, Marcelli Stefano, Traini Tiziana
13. **Recupero di prestazioni sanitarie post COVID-19 nell'ASL di Bari: gestione dei tempi di attesa per garantire equità d'accesso**
Morcavallo Caterina, Mudoni Simona, Coppola Cristina, Sanguedolce Antonio
14. Formazione obbligatoria in Pronto Soccorso per i medici in formazione specialistica: una survey del Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.)
Napoli Annalisa, Di Pumpo Marcello, Colombo Flavia, Cozzolino Armando, Causio Andrea, Marisei Mariagrazia, Bencivenga Francesco
15. **Mettere a sistema la telemedicina. Rivedere i processi prima di adottare dispositivi e tecnologie**
Presutti Michele, Alesina Marta, Dall'Occo Franca, Minniti Davide
16. Il cambio di inquadramento della formazione medico-specialistica: luci e ombre nella programmazione del fabbisogno dei professionisti sanitari
Rallo Flavia
17. Implementazione dei processi di Telemedicina in una Azienda Sociosanitaria: dal modello gestionale all'erogazione dell'assistenza sanitaria sul territorio. L'esperienza di ASST-Bergamo Est
Rocca Patrizia, Bertolaia Patrizia, Borghi Gabriella, Luzzi Loredana, Locati Francesco
18. Gli effetti della precarizzazione sistematica del personale della ricerca sanitaria pubblica: quale futuro per l'innovazione del Ministero della Salute?
Rossi Teresa, Colciaghi Francesca, Baili Paolo, Bruno Eleonora, Donà Maria Gabriella, Laurenzana Ilaria, Vadalà Antonio, Contarino Valeria Elisa
19. **Impatto della pandemia COVID-19 sulle patologie psichiatriche in emergenza nell'Azienda Ospedaliera di Alessandria**
Ugo Francesca, Prelati Massimo, Santinon Patrizia, Ciappolino Valentina Barbara, Bellini Roberta, Roveta Annalisa, Maconi Antonio

1. Telemedicina in (buona) pratica: esperienza dell'ASL Caserta durante il periodo pandemico

Bencivenga Francesco¹, Marisei Mariagrazia², Napoli Annalisa³, Paolo Carmine¹, Guarino Maria Teresa², Di Lorenzo Pierpaolo², Casella Claudia², Capasso Emanuele², Iodice Vincenzo¹, Niola Massimo²

¹ASL Caserta, ²Università degli Studi di Napoli Federico II, ³Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"

BACKGROUND. La pandemia da SARS-CoV2 e la situazione emergenziale ad essa correlata hanno posto il sistema sanitario territoriale di fronte ad una sfida di carattere sociale, umano e medico soprattutto dal punto di vista organizzativo. Vi è da dire che l'intero Servizio Sanitario Nazionale ha avuto l'opportunità e la necessità di misurarsi con uno scenario totalmente inedito, dovendo cercare di definire nuovi percorsi di buone pratiche cliniche, in ottemperanza alla vigente Legge Gelli-Bianco. L'ASL Caserta ha da subito avvertito l'esigenza di gestire non solo i pazienti più critici nella rete Regionale Covid-Hospital istituita ma anche di porre una particolare attenzione a quelli domiciliari e ai nuovi casi sospetti sintomatici, che rappresentano il numero più cospicuo. A tal proposito, sono stati istituiti dei Team multidisciplinari chiamati "Team COVID". L'Azienda Sanitaria Locale in questione insiste su un territorio di 104 comuni, organizzati in 12 Distretti e 6 Presidi Ospedalieri, con una popolazione di circa 923.000 abitanti. È la terza provincia campana per numero di residenti e la quindicesima in Italia, comprende un territorio molto vasto, orograficamente complesso, e con diverse necessità assistenziali.

OBIETTIVI. L'obiettivo del presente studio è analizzare i risultati ottenuti dai servizi resi in telemedicina da parte dell'Asl Caserta durante il periodo 2020-2023 in riferimento alla loro conformità all'assioma della sicurezza delle cure.

METODI. Codificando un metodo di presa in carico precoce del paziente sintomatico e di effettuazione della visita in telemedicina, è stato implementato un sistema articolato che mira ad ottenere un migliore decorso clinico e ad individuare ed adottare buone pratiche cliniche. I dati sono stati ricavati direttamente dal Team COVID e attraverso la piattaforma SANIARP (acronimo di "SANità a centralità dell'assistito e della Risposta Prescrittiva"). Sono state analizzate quattro categorie di dati: indicatori epidemiologici, indicatori di monitoraggio, indicatori di processo e di esito.

RISULTATI. Tra tutti i dati ottenuti, gli indicatori più rilevanti mostrano che il tasso di presa in carico territoriale è stato del 50,3%, con una mediana di 3 giorni tra comparsa dei sintomi e presa in carico da parte del team, con un 10% delle visite totali rese in modalità di teleconsulto. Tra tutti i diversi indicatori di esito, il tasso di ospedalizzazione dei pazienti responsabili del Team COVID è stato solo dello 0,6%.

LIMITI. I limiti del presente studio risiedono in un approccio di "learning by doing", unico attuabile in considerazione del peculiare contesto pandemico.

CONCLUSIONI. Dall'analisi dei risultati si ricava un maggiore controllo dei sintomi nelle fasi iniziali, con una gestione domiciliare ottimale grazie alla telemedicina. Di conseguenza, si riscontra una sinergia positiva tra specialisti del team e medici di medicina generale con il recupero di un rapporto di fiducia con la popolazione territoriale, nella direzione di una maggiore sicurezza delle cure: un'organizzazione applicabile ad altre modalità di gestione dell'assistenza domiciliare e da perseguire nel più generico paradigma della prossimità.

Autore per la corrispondenza: Marisei Mariagrazia - Università degli Studi di Napoli - Federico II - Scuola di Medicina e Chirurgia - Email: mariagrazia.marisei@libero.it

2. Recupero liste d'attesa: l'esempio dell'ASL TO3

Bergalla Mattia, Minniti Davide, Vigna Iolanda, Scaioli Giacomo
Azienda Sanitaria Locale TO3

BACKGROUND. La pandemia da COVID-19 ha ridotto l'erogazione di prestazioni ambulatoriali, chirurgiche e di screening oncologici e si rende ora necessario un recupero delle prestazioni non erogate precedentemente.

OBIETTIVI. Analizzare l'incremento di prestazioni erogate dall'ASL TO3 nell'anno 2022 per il recupero delle liste d'attesa e riduzione dei tempi d'attesa.

METODI. Confronto dei volumi di produzione di prestazioni ambulatoriali e chirurgiche presso l'ASL TO3 negli anni 2022 e 2019, indicato come valore target, e confronto dei volumi di produzione degli screening oncologici nell'anno 2022 rispetto agli obiettivi regionali annuali.

RISULTATI. Si evidenzia un aumento delle prestazioni chirurgiche nel 2022 del +2,8% su base annua rispetto al medesimo periodo dell'anno 2019, 6.500 interventi 2022 vs 6.322 interventi 2019. Tale incremento diventa un +13% se si analizza il periodo mar-dic 2022, escludendo gen-feb ancora influenzati dall'emergenza sanitaria, e lo si confronta con lo stesso periodo del 2019, 5.959 interventi 2022 vs 5.275 interventi 2019. Il miglioramento dei volumi di prestazioni chirurgiche è dovuto ad una serie di fattori: - ripristino attività chirurgica istituzionale ai livelli del 2019 (99,7%); - attivazione di attività chirurgica aggiuntiva interna all'ASL TO3 (2,8%); - affitto di spazi operatori e posti letto in strutture esterne (10,5%). Per quanto riguarda i tempi di attesa per le classi 1, 2 e 3, con priorità A, B, C e D, si evidenzia un aumento rispetto al medesimo periodo del 2019. Tale aumento è prevalentemente dovuto alla crescita della domanda delle prestazioni chirurgiche e allo smaltimento dei pazienti ancora in lista d'attesa ante 2022. Complessivamente l'ASL TO3 presenta un 26,53% di pazienti ancora in attesa con data di registrazione in lista ante 2022. Tuttavia si evidenzia che la percentuale di abbattimento lista rispetto all'intero anno 2022 è del -22,11% (1.257 pz) con il 57,22% (4.352 pz) dei pazienti registrati nel 2022 già usciti dalle liste d'attesa. Le prestazioni ambulatoriali nel periodo apr-dic 2022 hanno raggiunto l'81,49% rispetto allo stesso periodo del 2019, 101.412 prestazioni 2022 vs 124.444 prestazioni 2019. Questo dato è stato ricavato secondo le linee guida di monitoraggio fornite dalla Regione Piemonte, considerando la sola attività di produzione delle strutture SSN dell'ASL TO3 escludendo il Privato Accreditato e altre forme di Mobilità Passiva, considerando solo prestazioni di Primo Accesso verso popolazione residente. Sono stati poi individuati e analizzati quantitativamente alcuni fenomeni che rendono disomogeneo il confronto dei puri dati di produzione del 2019 con quelli del 2022: - produzione supplementare grazie all'utilizzo di fondi aggiuntivi investiti sul Privato Accreditato; - convezioni stipulate con altre strutture SSN; - diversa rendicontazione di alcune prestazioni erogate nel 2019 rispetto al 2022; - errori legati alla corretta attribuzione della Tipologia di Accesso. La quantificazione di questi fenomeni permette di apprezzare un tasso di raggiungimento del 2022 pari al 101,92% del medesimo periodo del 2019, 120.358 prestazioni 2022 vs 118.094 prestazioni 2019. Il monitoraggio dei tempi di attesa è eseguito secondo questi parametri: - tempi di attesa ex-post registrati sulle prestazioni erogate nell'anno; - tempi di attesa ex-ante: informazione fornita dal sistema CUP Regionale, fornisce una simulazione dei tempi di attesa registrabili in fase di prenotazione in un giorno indice; - livello di saturazione delle agende: informazione fornita dal sistema CUP Regionale, fornisce la percentuale di posti liberi sul totale di quelli messi a disposizione. Per quanto riguarda le prestazioni di screening oncologico, l'ASL TO3 ha raggiunto gli obiettivi regionali avendo pertanto recuperato il ritardo accumulato nel periodo pandemico. Per il recupero delle liste d'attesa si è ricorso all'aumento dei posti in agenda sia in attività ordinaria, sia in regime di prestazione aggiuntiva. Lo screening mammografico ha raggiunto il 149,4% del valore target con 20.883 prestazioni erogate rispetto a 14.262 prestazioni attese. Lo screening cervico-vaginale ha raggiunto il 101,6% del valore target con 28.873 prestazioni erogate rispetto a 28.429 prestazioni attese. Lo screening colorettales con sigmoidoscopia ha raggiunto il 102,8% del valore target con 2.204 prestazioni erogate rispetto a 2.145 prestazioni attese. Lo screening colorettales con FIT/colonscopia ha raggiunto il 109,3% del valore target con 574 prestazioni erogate rispetto a 525 prestazioni attese.

LIMITI. L'analisi è stata effettuata su un campione di prestazioni erogate da una singola ASL in un tempo limitato con contestuale monitoraggio regionale al fine di analizzare il raggiungimento dell'obiettivo.

CONCLUSIONI. L'ASL TO3 nell'anno 2022 ha erogato rispetto allo stesso periodo del 2019 il 113% delle prestazioni chirurgiche e il 101,92% delle prestazioni ambulatoriali e ha raggiunto gli obiettivi regionali per lo screening oncologico nell'anno 2022.

Autore per la corrispondenza: Bergalla Mattia - Università degli Studi di Torino - Scuola di Medicina -
Email: mattiaberghalla@hotmail.it

3. Medici in formazione specialistica: associazione tra ambiente lavorativo e sintomi depressivi dopo la pandemia Covid-19

Berselli Nausicaa¹, Gianfredi Vincenza², Ancona Angela³, Stacchini Lorenzo⁴, Cosma Claudia⁴, Mazza Clara⁵, De Nicolò Valentina⁶, Minutolo Giuseppa⁷, Cedrone Fabrizio⁸, Catalini Alessandro⁹

¹Università degli studi di Modena e Reggio Emilia, ²Università degli Studi di Milano, ³Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, ⁴Università degli studi di Firenze, ⁵Università degli Studi di Pavia, ⁶Università La Sapienza, Roma, ⁷Università degli Studi di Palermo, ⁸ASL Pescara, ⁹Università Politecnica delle Marche, Ancona

BACKGROUND. Il capitale umano del Sistema Sanitario Nazionale, già indebolito da anni di tagli alle risorse e da un ingravescente aumento del carico lavorativo, è stato ulteriormente ferito dalla pandemia da COVID-19. I medici specializzandi, immediatamente arruolati per supplire la cronica carenza di personale, hanno visto la loro situazione formativa e lavorativa cambiare drasticamente. È ipotizzabile che l'aumento del carico di lavoro e delle responsabilità abbia avuto ripercussioni sulla loro salute mentale. Pertanto, il Gruppo di Lavoro Public Mental Health della Consulta degli specializzandi della Società Italiana Igiene e Medicina Preventiva ha promosso lo studio PHRASI (Public Health Residents' Anonymous Survey in Italy) finalizzato a descrivere lo stato di salute mentale dei medici in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva.

OBIETTIVI. Il presente lavoro, oltre a riportare i dati di prevalenza dei sintomi depressivi negli specializzandi di Igiene, valuta la correlazione tra la percezione dell'ambiente lavorativo e la presenza e gravità dei sintomi depressivi.

METODI. La survey, condotta tra giugno e luglio 2022, è stata somministrata online tramite Google Form. La percezione dell'ambiente lavorativo è stata indagata con il questionario Work-Sense of Coherence (W-SoC), considerando lo score complessivo (range 0-54) e le sue sottoscale "Comprensibilità" (range 0-24), "Gestibilità" (range 0-12) e "Significatività" (range 0-18). I sintomi depressivi sono stati indagati con il Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (range 0-27), considerando il punteggio complessivo. Le variabili sono state riportate indicando media e scarto interquartile (IQR). La relazione tra le variabili analizzate è stata studiata tramite regressione lineare. Le analisi sono state effettuate utilizzando il software statistico R 4.2.2.

RISULTATI. In totale, 379 specializzandi in Igiene (58% donne, età media: 31,6 anni con IQR=5) hanno risposto al questionario. Il punteggio medio ottenuto dai partecipanti nel PHQ-9 è 6,89 (IQR=7). Il 61% (n=231) degli intervistati presenta sintomi depressivi (PHQ=5) e il 26% (n=97) mostra sintomi depressivi clinicamente rilevanti (PHQ=10). Considerando il W-SoC, lo score medio complessivo è 33,5 (IQR=14), quello per la "Comprensibilità" 14,85 (IQR=6), per la "Gestibilità" 8,02 (IQR=4) e per la "Significatività" 10,63 (IQR=6,5). Dalla regressione lineare, effettuata considerando la percezione dell'ambiente lavorativo come variabile indipendente e la depressione come variabile dipendente, emerge sempre una relazione inversa statisticamente significativa (p-value

LIMITI. Lo studio, in quanto cross-sectional, non permette di studiare la relazione causale tra esposizione e outcome. Inoltre, trattando dati autoriferiti, potrebbe risentire di recall bias o social desirability bias, ma la somministrazione online ne riduce il rischio. Il campionamento di convenienza potrebbe non aver assicurato un'ottimale rappresentatività della popolazione di riferimento: soggetti depressi o insoddisfatti del proprio lavoro potrebbero essere meno interessati a partecipare con conseguente sottostima dei sintomi depressivi.

CONCLUSIONI. L'associazione inversa che emerge tra Work Sense of Coherence e sintomi depressivi suggerisce la necessità di implementare un ambiente lavorativo in grado di promuovere la salute mentale degli specializzandi. Scarse "Comprensibilità" e "Significatività" lavorative, maggiormente associate ai sintomi depressivi, si traducono nella percezione di un ambiente lavorativo scarsamente strutturato, coerente e chiaro, oltre che non meritevole di impegno e coinvolgimento. Emerge, dunque, la necessità di creare delle condizioni in cui gli specializzandi abbiano una maggiore comprensione di ciò che accade all'interno e all'esterno dell'ambiente lavorativo, così da esser in grado di comporre e comprendere gli stimoli a cui sono sottoposti; in cui possano esercitare un determinato grado di controllo sugli eventi quotidiani o stressanti; in cui il loro benessere mentale sia determinato non solo dal riconoscimento della propria identità/compito lavorativo, ma anche dal supporto e dalla gratificazione sociale.

Autore per la corrispondenza: Berselli Nausicaa - Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Email: nausicaa.berselli@gmail.com

4. Analisi delle criticità di implementazione del PNRR nella ASL Bari

Coppola Cristina, Luigi Fruscio¹, Raffaele Iorio¹, Silvana Fornelli¹, Caterina Morcavallo², Marilena Monica Vece¹, Simona Mudoni, Antonio Sanguedolce

¹ASL Bari, ²Università degli Studi di Bari

BACKGROUND. Nell'ambito della Missione 6 - Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), di concerto con la Regione Puglia, la ASL Ba mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Regionale, per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica, attraverso l'investimento nelle due Componenti della sanità (C): le reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale (C1) e innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN (C2).

OBIETTIVI. La ASL Ba per rispettare i macro-target nazionali e i target di esecuzioni della Regione Puglia, con le risorse economiche assegnate a livello nazionale per ciascun investimento, si pone l'obiettivo di rafforzare le prestazioni sanitarie erogate sul proprio territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali (con l'implementazione di CdC-Case della Comunità, COT-Centrali Operative Territoriali e OdC-Ospedali di Comunità), potenziando così l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari così come declinato dal Regolamento per la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nell'ambito del SSN (DM 77/2022).

METODI. Nel mese di dicembre 2021, in accordo con la Regione Puglia, la ASL Ba definisce la ricognizione delle localizzazioni e dei siti idonei ad ospitare le CdC, le COT e gli OdC, in proporzione al numero di abitanti del territorio. Nel maggio 2022, la sottoscrizione del contratto Interistituzionale di sviluppo della Regione Puglia definisce il Piano Operativo e l'Action Plan anche della ASL Ba (linee guida, linee di investimento, dettagli di interventi, correlate di schede di intervento), necessari al raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNRR. Dal 23 giugno 2022 in ASL Bari, un apposito Gruppo di lavoro dedicato, organizza mensilmente, decisive riunioni strategiche del PNRR, per definire le attività, le criticità e le soluzioni da porre in essere.

RISULTATI. Le strutture e presidi territoriali individuati sono così suddivisi: 36 CdC, 12 COT e 9 OdC. Per organizzare e coordinare le attività, il Gdl PNRR ASL Ba è composto da un Team multidisciplinare che vede coinvolte tutte le Macrostrutture di Area strategica coordinati da il Direttore Amministrativo, Coordinatore operativo aziendale, Referente e Componente del gruppo interistituzionale Regione/AA.SS.LL. PNRR ASL Ba. Per avere la visione concreta delle strutture individuate per l'allocazione di CdC, COT e OdC, sono stati effettuati 36 sopralluoghi tecnico-logistici in collaborazione con gli ingegneri dell'Area Gestione Tecnica. Dagli incontri con il Gdl PNRR ASL Ba, sono emerse, altresì, la necessità di realizzare anche dei sotto gruppi di lavoro specializzati e operativi (1. Realizzazione delle CdC e OdC, 2. ICT/Digitalizzazione/FSE COT, 3. Grandi attrezzature) e di monitorare e controllare i progetti in cooperazione con l'Area Gestione Tecnica, i sindaci e i direttori dei DSS. Sono, inoltre, in corso delle strategie di intervento necessarie al superamento delle criticità quali: che la sede dell'OdC coincida e/o sia contigua a quella della CdC al fine di facilitare la fruizione, da parte dei pazienti ricoverati, di tutti i servizi presenti all'interno della casa di comunità assicurando così appropriatezza e sicurezza delle cure; intensificazione delle riunioni con i sindaci di tutti i Comuni interessati per implementare il rapporto sinergico imprescindibile per la corretta riuscita delle azioni; il reperimento di ulteriori fonti di finanziamento anche regionali; la pianificazione di trasferimenti e la ricollocazione di alcuni servizi nelle CdC a seconda delle esigenze della popolazione (per indici di fragilità e anzianità per comune, valutazione epidemiologica, titolarità di esenzioni-ticket per la componente socio-economica); completare i lavori di ristrutturazione.

LIMITI. Dalle verifiche sono emerse alcune criticità: necessità di suddividere le CdC in Hub e Spoke per far discendere le diverse tipologie di intervento previste dal D.M. 77/2022 Salute; lo studio dei vincoli architettonici e accesso alle cure; gli interventi di ristrutturazione necessari soprattutto nel caso di edifici storici; la rimodulazione dell'orario delle attività esistenti; la inadeguatezza delle risorse finanziarie considerato che i costi per gli interventi hanno subito una variazione (parametri delineati dalla Corte dei Conti del 2018 pre crisi economica); un maggior coinvolgimento dei direttori dei distretti socio-sanitari (DSS); la necessità di un coordinamento con i sindaci dei vari comuni che ospiteranno gli interventi.

CONCLUSIONI. Nell'ottica del miglioramento del SSN, le preliminari soluzioni permettono di avviare le attività nelle strutture individuate, per garantire il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PNRR, secondo le milestone stabilite a livello nazionale.

Autore per la corrispondenza: Coppola Cristina - Azienda Sanitaria Locale Bari - Email: cristina.coppoladr@gmail.com

5. I ricoveri psichiatrici in regime volontario e obbligatorio in un reparto di SPDC nel periodo pre- e post-Covid-19

Di Lorenzo Rosaria¹, Dragone Diego¹, Reami Matteo², Panini Giulia¹, Morgante Martina¹, Ferri Paola², Marrama Doantella¹, Starace Fabrizio¹

¹Ausl di Modena, ²Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

BACKGROUND. Lo scoppio della pandemia ha avuto un importante impatto sui servizi di Salute Mentale. Molti autori hanno evidenziato una riduzione delle consultazioni psichiatriche in pronto soccorso, una gestione delle urgenze più orientata al rientro a domicilio ed una riduzione dei tassi di ospedalizzazione.

OBIETTIVI. • Analizzare la frequenza e la tipologia dei ricoveri presso un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) negli ultimi 5 anni e le variabili demografiche, cliniche, ambientali e di adesione al trattamento correlate. • Confrontare i ricoveri in Trattamento Sanitario Volontario (TSV) e quelli in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) secondo la Legge 180/1978, nel periodo pre-/post-Covid19.

METODI. Studio osservazionale retrospettivo monocentrico presso l'SPDC del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Modena. Periodo di osservazione: 01/03/2017-28/02/2022 (5 anni). Analisi statistica delle variabili demografiche, cliniche, ambientali e di adesione al trattamento psichiatrica dei ricoveri in TSV e TSO dei soggetti con età ≥ 18 anni nel periodo pre-/post-Covid19. Autorizzazione da parte del Comitato Etico Locale e dell'AUSL-Modena.

RISULTATI. Nel periodo di osservazione, registriamo 2,536 ricoveri effettuati da 1,641 soggetti (57% uomini e 43% donne) con una media di ricovero per paziente di $2,71 \pm 5,12$ DS. La maggioranza dei ricoveri (62,6%) sono in TSV e il 37,4% in TSO. Abbiamo rilevato le seguenti differenze statisticamente significative tra le variabili demografiche e cliniche correlate ai ricoveri in TSV e TSO: • età media dei ricoverati in TSV ($40,72 \text{ m} \pm 14,77$ DS) risulta minore di quella dei TSO ($42,68 \text{ m} \pm 15,5$ DS), (t-test, $p=0,0015$); • percentuale più alta di individui extra-europei tra i soggetti in TSO (Pearson $\chi^2=8,63$; $p=0,013$); • maggiore frequenza di pensionati per invalidità (12% vs 7%, Pearson $\chi^2=19,96$; $p1$ • sintomi depressivi, stato ansioso, intossicazione/astinenza da sostanze, stato di eccitamento maniaco come motivazioni cliniche del ricovero (p

LIMITI. Non è possibile generalizzare i risultati ottenuti a coorti più ampie in quanto studio monocentrico; il disegno retrospettivo non permette inferenze causali; i dati di alcune variabili demografiche non erano disponibili.

CONCLUSIONI. Il nostro studio, che ha analizzato un periodo relativamente ampio di tempo, mostra una riduzione progressiva dei ricoveri volontari, come da linee guida, con un'ulteriore riduzione in concomitanza del lockdown, mentre evidenzia una sostanziale stabilità dei ricoveri in TSO a prescindere dalle situazioni ambientali. Durante il periodo pandemico rileviamo un peggioramento delle condizioni cliniche dei ricoverati con una maggiore durata della degenza. Le variabili associate ai TSO evidenziano un gruppo di soggetti con patologie gravi, di difficile gestione per aggressività e scarsa aderenza terapeutica. Speriamo di aver contribuito con il nostro studio a mettere in luce le necessità assistenziali e terapeutiche a cui bisogna rispondere per una corretta organizzazione dei servizi di Salute Mentale.

6. Implementazione dell'uso del teleconsulto in cardiologia riabilitativa durante la pandemia COVID-19: il progetto dell'AORN "A. Cardarelli" di Napoli

D'Onofrio Gaetano¹, Onofaro Filippina¹, Mannelli Maria Pia¹, Ascione Flora¹, Fidecicchi Andrea¹, Salzano Andrea¹, Napoli Annalisa², Livigni Marco², Sarnelli Raffaele¹, D'Amore Antonio¹

¹AORN Cardarelli, ²Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"

BACKGROUND. Le malattie cardiovascolari, nonostante la diminuzione della mortalità registrata negli ultimi anni, continuano a rappresentare, in Italia, una delle principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Con l'arrivo della pandemia COVID-19 la cura di queste, come di molte altre patologie, è passata in secondo piano. In particolare, una survey dell'Associazione Italiana di Cardiologia Clinica Preventiva e Riabilitativa (AICPR) che ha coinvolto 75 centri di cardiologia riabilitativa italiani, ha mostrato che durante la pandemia è rimasto attivo solo il 14% di essi, mentre il restante 86% ha interrotto (25%) o ridimensionato drasticamente (61%) i programmi di recupero funzionale dei pazienti. In tale contesto, l'adozione della telemedicina offre ai pazienti l'importante opportunità di interagire, a distanza, con gli operatori sanitari, contribuendo ad un migliore accesso alle cure, ad un impiego più efficiente delle risorse e ad una riduzione dei costi associati alle visite tradizionali. L'impulso all'applicazione di tali procedure, che si avvalgono di strumenti digitali e di reti di connessioni di vario tipo, è stato fornito proprio dall'emergenza pandemica durante la quale la consultazione a distanza è stata utilizzata quale strumento efficace per ridurre il rischio di trasmissione sia per gli operatori sanitari che per i pazienti. È sembrato pertanto interessante condurre un'indagine per valutare l'utilizzo della telemedicina nell'Unità Operativa (U.O.) di Cardiologia Riabilitativa dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale (AORN) "A. Cardarelli" di Napoli.

OBIETTIVI. L'obiettivo principale del progetto è quello di implementare l'utilizzo del teleconsulto quale strumento per migliorare i processi di consulenza cardiologica, in particolare nell'ambito della cardiologia riabilitativa.

METODI. È stato condotto uno studio descrittivo retrospettivo analizzando i referti delle consulenze effettuate dall'Unità Operativa di Cardiologia Riabilitativa tra dicembre 2020 e giugno 2022, presso l'AORN "A. Cardarelli" di Napoli, centro di rilevanza nazionale e primo ospedale della Campania per dimensioni ed offerta quali – quantitativa. Le consulenze sono state distinte in tre tipologie: consultazione della cartella clinica elettronica (CCE), teleconsulto (chiamata telefonica o tramite piattaforma Teams), visita in presenza.

RISULTATI. Dall'analisi preliminare dei dati relativi ad un campione di 4766 referti erogati nelle suddette modalità, si evidenzia che quasi la metà (49%) sono rappresentati da CCE (41%) e da teleconsulti (8%). Tra le unità operative dalle quali proviene la maggior parte dei referti in CCE e teleconsulto, quelle più frequenti sono le Chirurgie 1-2-3 (13%) e le Ortopedie 1-2 (13%). Tra i quesiti clinici a motivo delle prestazioni emerge che il più frequente è rappresentato dalla valutazione terapeutica e/o diagnostica e/o di controllo (44%), mentre tra le tipologie delle prestazioni la più frequente è l'ECG (71%).

LIMITI. Tra i limiti dello studio vi è la considerazione che i dati presi in esame sono relativi alle consulenze effettuate dalla sola cardiologia riabilitativa ed esclusivamente nelle modalità previste dal teleconsulto. Sarebbe interessante valutare anche altre possibili applicazioni quali il telemonitoraggio che consente il monitoraggio a distanza dei parametri del paziente attraverso l'utilizzo di appositi device in grado di rilevare informazioni quali glicemia, peso corporeo, pressione, saturazione.

CONCLUSIONI. Si prevede che l'implementazione del teleconsulto nel corso della pandemia da SARS-COV-2 possa garantire, attraverso strumenti di telemedicina, consulenze specialistiche tempestive al fine di fornire una migliore assistenza ai pazienti. I vantaggi di questo processo sono molteplici sia per i pazienti che per il personale sanitario: come riportato in letteratura, per i pazienti è prevista una riduzione della durata del consulto ed un incremento del numero di prestazioni erogate; per l'Azienda Ospedaliera una riduzione dei costi ed un miglioramento della qualità dell'assistenziale offerta.

Autore per la corrispondenza: Napoli Annalisa - SIGM - Segretariato Italiano Giovani Medici - Email: doc.napoli1987@gmail.com

7. Impatto del PNRR sulla rete dell'assistenza territoriale e di prossimità nella Regione Calabria

Tricanico Enrico¹, D'Amico Diego²

¹*Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles*, ²*Università della Calabria*

BACKGROUND. Il Sistema Sanitario Regionale (SSR) calabrese è sottoposto al Piano di Rientro dai disavanzi sanitari regionali (PdR) dal 2009 ed a gestione commissariale dal 2010. Gli automatismi previsti da tali strumenti di gestione straordinaria possono rivelarsi rischiosi nel medio-lungo termine: il blocco del turnover del personale ed il divieto di effettuare spese non obbligatorie hanno il potenziale di innescare un indebolimento del SSR. Infatti, secondo i dati storici, le Regioni sottoposte a PdR presentano frequentemente un incremento dei tassi di emigrazione sanitaria passiva, in piena contraddizione con uno dei principi cardine di questa misura, ovvero il rispetto dei LEA. In Calabria, l'indebolimento sistemico è stato inizialmente caratterizzato dalla dismissione tout court di diversi presidi ospedalieri pubblici. Dopo un lungo periodo di sostanziale immobilismo manageriale e di laissez-faire, il Piano Operativo Regionale della Regione Calabria legato agli interventi finanziati dal PNRR (PO), prevede la riorganizzazione della sanità territoriale mediante la realizzazione di 81 nuove strutture assistenziali territoriali, di cui 61 Case di Comunità e 20 Ospedali di Comunità. Il PO dovrà interfacciarsi con due criticità. La prima è rappresentata dal progetto "Rete Regionale Case della Salute", pianificato nel 2011 e basato sulla riconversione di 6 ospedali dismessi. La mancata attuazione di questo progetto ha privato le strutture esistenti delle risorse umane e strumentali necessarie a facilitare la messa in opera del nuovo PO. La seconda riguarda la Missione 6 del PNRR, che concentra le risorse meramente sugli investimenti edilizi e sull'acquisizione di apparecchiature, senza prendere in considerazione la carenza di figure professionali sanitarie ed amministrative, che rappresenta da decenni il principale limite al funzionamento del sistema.

OBIETTIVI. Valutare l'impatto potenziale delle misure finanziate dalla Missione 6 del PNRR in Calabria, con particolare attenzione al finanziamento di strutture assistenziali territoriali, previste dal DM 77/2022 e denominate "Case di Comunità" ed "Ospedali di Comunità". Valutare l'adeguatezza in termini quantitativi dell'organico in dote al SSR, quantificando e qualificando il fabbisogno effettivo delle strutture assistenziali finanziate dalla Missione 6 del PNRR. Analizzare la capacità di reclutamento del personale sanitario ed amministrativo, con riferimento ai dati relativi ai concorsi espletati dalle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) della Regione Calabria nell'ultimo triennio.

METODI. Analisi del contesto; Analisi primaria e secondaria di dataset; Studio fonti normative e atti di indirizzo politico.

RISULTATI. La nuova organizzazione della sanità territoriale, così come prevista dal PO, rischia di non essere governabile a causa della molteplicità delle strutture e dell'ampiezza dei territori di competenza di alcune ASP, in particolare quella di Cosenza. Gli interventi previsti per l'edilizia sanitaria sono difficilmente conciliabili con la scadenza perentoria del 31 dicembre 2026, considerato che in alcuni casi si tratta di nuove costruzioni per le quali non risultano disponibili neanche degli studi di fattibilità preliminare. Gli effetti causati dagli automatismi del PdR e dalla scarsa proattività delle strutture commissariali per il reclutamento del personale, hanno provocato tra il 2009 ed il 2020 una diminuzione del 17,29% del personale sanitario, che equivale a 2.625 operatori in meno. Questa contrazione potrebbe aver compromesso irreversibilmente il buon funzionamento del SSR, visto che il tetto alle assunzioni è bloccato ai livelli del 2018. Pertanto, anche l'indizione di nuovi concorsi per l'assunzione di personale entro i limiti di legge, non permetterebbe al SSR della Calabria di recuperare il terreno perso negli ultimi dieci anni.

LIMITI. Uno dei limiti principali è rappresentato dalla mancanza di base-dati regionali open access ed un Osservatorio sulla Sanità regionale che permetterebbero l'accesso a fonti primarie, al fine di realizzare un'analisi più puntuale, dinamica e dettagliata anche in termini di fabbisogni sanitari.

CONCLUSIONI. Dal momento in cui saranno realizzate le strutture di assistenza territoriale finanziate dal PNRR, la conseguente messa in funzione delle stesse richiederà un incremento sostanziale di personale sanitario ed amministrativo. Al netto del personale necessario per il funzionamento della già deficitaria rete ospedaliera, bisognerebbe reclutare almeno 350 infermieri e 120 operatori socio-sanitari in più, oltre a medici, assistenti sociali e personale amministrativo. Le contingenze rilevate da questa analisi potrebbero spingere la Regione ad affidare la gestione della sanità territoriale alla sanità privata convenzionata. Infatti, gli Ospedali di Comunità e le Case di Comunità sono modelli particolarmente fluidi in termini di esigenze regolamentari ed affini ai settori che la sanità privata convenzionata predilige: riabilitazione, esami diagnostici e visite specialistiche.

Autore per la corrispondenza: Tricanico Enrico - Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles -
Email: enricotricanico@gmail.com

8. Qualità di vita e stress degli studenti infermieri in era Covid-19

Fiorentini Rita¹, Bacaloni Simona¹, Carpano Sabrina¹, Grillo Claudio¹, Serafini Alice¹, Caglini Giovanna¹, Ruotolo Rita²

¹Università Politecnica delle Marche, ²Azienda Territoriale Sanitaria Macerata Marche

BACKGROUND. Il tirocinio clinico rappresenta il cuore della preparazione professionale degli studenti dei Corsi di laurea delle Professioni Sanitarie e rimane una modalità formativa fondamentale per sviluppare competenze professionali, ragionamento diagnostico e pensiero critico. L'apprendimento per esperienza che ci si attende dal tirocinio presuppone le seguenti condizioni: l'inserimento in un contesto di apprendimento; l'osservazione e riflessione sulle attività svolte da professionisti esperti; la possibilità di sperimentarsi nelle attività in competenze professionali core con progressiva assunzione di responsabilità, la supervisione da parte di professionisti facilitatori dell'apprendimento. Alla luce di questi elementi si può comprendere come, nel periodo di pandemia da Covid-19, la situazione di sospensione di tirocini in presenza e l'utilizzo dell'e-learning nella didattica frontale ha creato, insieme al distanziamento sociale, ansia e stress negli studenti infermieri.

OBIETTIVI. Analizzare i livelli di stress e le strategie di coping messe in atto degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica del Polo Didattico di Macerata, riferiti al periodo della pandemia.

METODI. Il campione è rappresentato dai 150 studenti, frequentanti lezioni e tirocinio, del CdL di Infermieristica, dell'Università Politecnica delle Marche polo di Macerata. Viene somministrata agli studenti per rilevare lo stress percepito. la scala DASS-21 con l'aggiunta di 4 domande riguardanti gli stili di coping della Canadian Mental Health Association tramite Google moduli Sono state rispettate le norme della privacy e l'anonimato del compilatore informandolo dei contesti nei quali sarebbero state utilizzate le informazioni ricavate. Il questionario è stato somministrato nel periodo che va dal 19 agosto al 10 settembre 2021.

RISULTATI. Sono stati disponibili per l'analisi statistica un totale di 118 questionari, il campione è composto da 84 femmine (71,1%) e 34 Maschi (28.8%). L'età dei partecipanti è compresa per l'83,5% (98) tra i 20-25 anni, per il 6.7% (8) tra i 26-30 e per l'10,1% (12) tra i 31-40 anni. Nel campione studiato si è riscontrato che il 42% degli studenti ha un livello normale di stress ma il 16.9 % ha un livello severo. Per quanto riguarda la depressione il 24,5% degli studenti non è depresso, l'11.8% ha un livello severo e il 3.3% ha un livello estremamente severo. Il 16.9% degli studenti ha un livello di ansia normale ma il 21 % severo e 13.5% molto severo. Il primo anno di corso di laurea è più stressato del secondo ma non ci sono differenze statisticamente significative tra il 1° e il 3° e tra il 2° e il 3°. Per quanto riguarda la depressione il 1° anno è più depresso del 2° ma non ci sono differenze statisticamente significative nel confronto tra il 1° e il 3°, e tra il 2° e il 3°. Per quanto riguarda l'ansia tra i tre gruppi di anno frequentato non si riscontrano differenze statisticamente significative. Le studentesse sono più stressate e depresse rispetto ai colleghi maschi ma per quanto riguarda l'ansia non esistono differenze statisticamente significative. La depressione, l'ansia e lo stress non sono influenzate dall'età. Analogamente si può sostenere che chi vive solo è più ansioso ma non esistono differenze per quanto riguarda lo stress e la depressione. Lo stile di coping più frequente messo in atto è quello emotion-oriented ma è emerso che anche lo stile Uncertain, che utilizza tutti e due i modelli coping a seconda della situazione è ben rappresentato.

LIMITI. Con la somministrazione del questionario online, non è stato possibile controllare il tasso di risposta e il campione non è numericamente uniforme.

CONCLUSIONI. Il Covid-19 ha avuto un forte impatto psicologico ed emotivo non solo sui cittadini ma anche sugli operatori sanitari e soprattutto sugli studenti. La sospensione delle attività didattiche in presenza ha incrementato emozioni negative in quanto l'insegnamento svolge un ruolo cruciale perché consente di aumentare le conoscenze mentre l'apprendimento pratico facilita l'acquisizione di una maggiore consapevolezza di sé. Gli studenti devono sentirsi tutelati dalla propria istituzione universitaria dal momento che non sono ancora dei professionisti ma si stanno accingendo ad esserlo.

Autore per la corrispondenza: Fiorentini Rita - Università Politecnica delle Marche - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Email: r.fiorentini@univpm.it

9. Il servizio sperimentale “Ambulatori Diffusi” per fronteggiare la carenza dei Medici di Medicina Generale nell’ATS di Bergamo

Giupponi Massimo, **Sofia Michele**, **Scardoni Alessandro**, Trezzi Isabella, Zucchi Alberto, Crotti Giacomo, Paciello Arrigo, Montermini Dario
ATS Bergamo

BACKGROUND. La carenza di personale sanitario e nello specifico di Medici di Medicina Generale (MMG), è una problematica ampiamente diffusa, non solo nel territorio italiano, che si sta manifestando nel contesto nazionale come problematica fondamentale nel quadro della governance sanitaria e sociosanitaria attuale e prospettica. In questo quadro generale, anche la provincia di Bergamo (circa 1,2ML abitanti) presenta una carenza diffusa di MMG, più evidente in alcune aree montane e rurali, con un numero di assistiti non assegnati ad un MMG pari a 18.971 (valor medio sul periodo fine luglio-ottobre 2022) e un picco di circa 21.000 a luglio.

OBIETTIVI. L’obiettivo del servizio sperimentale è stato di garantire un servizio di cure primarie per la popolazione target di pazienti senza MMG, altrimenti posti nella condizione di gravitare sui pochi punti di Continuità Assistenziale o destinati ad aumentare gli accessi ad alto rischio di inappropriately su altri punti di offerta sanitaria, quali il Pronto Soccorso (PS).

METODI. Il modello operativo sperimentale denominato “Ambulatori Diffusi” (AD) sviluppato da ATS Bergamo si basa sulla disponibilità degli MMG attivi nella provincia di effettuare visite a favore dei cittadini senza MMG, remunerate su base prestazionale secondo quanto previsto dall’Accordo Collettivo Nazionale. Il servizio avviato prevede la prenotazione, da parte delle Farmacie e delle Case di Comunità, di appuntamenti nelle agende dei MMG secondo le loro disponibilità orarie all’esecuzione di visite e prestazioni occasionali (a titolo di esempio, rilascio di prescrizioni farmaceutiche, richieste di visite specialistiche di approfondimento, rilascio di certificati di malattia, proposte di ricovero).

RISULTATI. Nei primi 7 mesi di attività (1 agosto 2022-28 febbraio 2023) sono state prenotate un totale di 17.438 visite. I MMG aderenti al progetto sono stati complessivamente 132 su 671 attivi all’avvio della sperimentazione (19,7%). Hanno dato la loro adesione per la fase di prenotazione 10 su 12 Case di Comunità attivate ad oggi (83%) e 248 farmacie su 330 (75,2%). Gli utilizzatori sono più frequentemente pazienti di sesso femminile, cronici e anziani. A fronte di un livello di complessità clinico-epidemiologica sostanzialmente sovrapponibile tra i cittadini senza MMG e la popolazione generale, è emerso come il tasso di accesso al PS di questi, confrontato a quello della popolazione con MMG sia sovrapponibile (rispettivamente 2,57 e 2,61 accessi medi per 100 assistiti). La distanza media percorsa per raggiungere l’ambulatorio dai fruitori del servizio risulta di poco superiore (4,72 km) a quella normalmente in essere per gli assistiti con un curante assegnato (1,59 km). Al fine di indagare il gradimento dei cittadini che hanno usufruito del servizio è stata condotta un’indagine in due distinti periodi (agosto e ottobre). I riscontri sul campione di 701 cittadini fruitori del servizio sono stati positivi, con un gradimento incrementato da 3,6/5 di fine Agosto 2022 a 4,0/5 a fine Ottobre (scala di gradimento 0-5). La prestazione più richiesta negli intervistati è stata il rinnovo di prescrizione di farmaci (81%). È in corso di attivazione la funzione di prenotazione diretta del servizio da parte del cittadino attraverso un’apposita App per smartphone.

LIMITI. Il servizio sperimentato non è da considerarsi alternativo ad una completa presa in carico degli assistiti, in particolare nella gestione di percorsi di cronicità e fragilità, in cui il rapporto fiduciario con l’MMG e la centralità del cittadino rispetto a sistemi strutturati multidisciplinari ed integrati sono essenziali. AD si propone come strumento di compensazione di breve termine alle criticità di accesso ai servizi di cure primarie conseguenti alla carenza di MMG, complementare a misure di programmazione e di intervento strutturali.

CONCLUSIONI. Il progetto AD si è rivelato uno strumento efficace, sostenibile e di rapida implementazione, a compensazione della carenza di MMG, attraverso risorse già disponibili e nell’attuale impianto normativo. Specifici indicatori di processo, di valutazione del servizio e di possibile impatto di salute sono stati rilevati e monitorati sia attraverso i dati amministrativi sia attraverso indagini campionarie, fornendo esiti preliminari limitati alla finestra temporale di osservazione quali: 1) una efficace e equa accessibilità ai servizi; 2) un ricorso ad accessi al PS da parte dei pazienti senza MMG non differente dai pazienti con un medico assegnato; 3) un buon valore percepito dagli utenti del servizio esposto; 4) un impegno economico sostanzialmente iso-risorse rispetto alla normale presa in carico tramite assegnazione ad un singolo MMG. Gli indicatori preliminari rilevati hanno dato riscontri positivi, ulteriori approfondimenti dovranno essere considerati anche nell’ottica di valutazione HTA del servizio e saranno oggetto di confronto metodologico con la comunità scientifica.

Autore per la corrispondenza: Trezzi Isabella Elena - ATS di Bergamo - Email: isabella.trezzi@ats-bg.it

10. COREHealth: Centrale Operativa Regionale per la Telemedicina delle Cronicità e delle Reti Cliniche

Gorgoni Giovanni, Notarangelo Pasquale, Petrarolo Vito
AReSS Puglia

BACKGROUND. L'avvio delle esperienze di telemedicina in Puglia parte basandosi su iniziative pregresse: i progetti HLCM, Talisman (con cui AReSS ha vinto il Premio Innovazione Digitale in Sanità 2021) ed H-casa COVID 19. Successivamente, con la DGR n. 1088 del 16/07/2020, Regione Puglia ha istituito presso AReSS la Centrale Operativa Regionale per la Telemedicina delle Cronicità e delle Reti Cliniche (COREHealth), fornendo, altresì, gli indirizzi operativi per la promozione e la diffusione della telemedicina nel servizio sanitario ed autorizzando il finanziamento dell'infrastruttura informativo-tecnologica per la prima fase di avvio della Centrale.

OBIETTIVI. COREHealth si inserisce all'interno della Rete dei Servizi Regionali della Sanità dialogando e cooperando con i vari stakeholders istituzionali ed operativi del territorio ed è il riferimento istituzionale ed operativo per tutte le iniziative di e-Health realizzate dalla Puglia. Alla luce delle raccomandazioni di natura istituzionale pubblicate sia a livello comunitario, sia a livello nazionale miranti a definire una strategia di implementazione territoriale dei servizi di e-Health, che preveda un coordinamento centrale delle varie soluzioni implementate, garantendo al contempo interoperabilità tecnologica e pluralità di servizi.

METODI. Dal punto di vista tecnico la piattaforma prevede la messa in opera di una soluzione applicativa che abilita il modello a livello regionale, prevedendo la trasformazione tecnologica sull'infrastruttura Cloud del Centro Servizi di Innovapuglia (in-house provider della Regione), nonché la reingegnerizzazione e la migrazione dei propri impianti applicativi. Il progetto prevede, tra le altre componenti tecnologiche, le seguenti: Piattaforma web-cloud con interoperabilità HL7-FHIR; Televisita, Teleconsulto, Telemonitoraggio, Telecooperazione e Teleconferenza; Sistema di tracciabilità dei dispositivi e logistica; Repository clinico; Sinottico del Paziente (certificato dispositivo medico); Centrale Allarmi; App Mobile per il Cittadino (Android/IoS); Integrazione con il Sistema Informativo Sanitario Regionale (Edotto), FSE, screening oncologico regionale e gli altri sistemi informativi sanitari (LIS, RIS/PACS, ...); è prevista l'integrazione con la Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT). A ciascun paziente viene assegnato un piano di cura (PAI) in base agli specifici piani terapeutici delle proprie patologie (PDTA) ed, eventualmente, un kit di dispositivi medici, interoperabili con la Centrale, per la rilevazione e monitoraggio dei parametri vitali salienti.

RISULTATI. Dopo una prima fase di test, conclusa a dicembre 2021 con grande successo ed entusiasmo degli operatori e dei pazienti, è stata avviata la formazione degli operatori dei Centri di ORientamento Oncologico (CORO) e delle Breast Unit (BU) regionali e l'arruolamento di circa 23.000 pazienti oncologici (ca. mammella). Attualmente la Centrale è in uso presso i 18 CORO e le 13 BU regionali, nel centro di talassemia dell'Ospedale Perrino di Brindisi e nella ASL di Taranto per la medicina rurale (territorio rurale non adeguatamente servito da strutture di assistenza medica specialistica). A tali stakeholders, si affiancano anche: associazioni dei pazienti, Sigle sindacali sanitarie (es. FIMMG), Sigle associative del privato sanitario (es. cliniche, studi polispecialistici, ecc.), Produttori di dispositivi medici e sistemi informatici sanitari ed altri stakeholder.

LIMITI. L'approccio della COREHealth alla cura dei pazienti introduce un nuovo modello organizzativo di cura. Con la COREHealth dunque nasce la necessità di garantire un percorso di change management del personale sanitario unitamente ad una formazione dei pazienti (digital literacy). Per questo AReSS ha avviato un percorso virtuoso di formazione continua di tutti gli stakeholders (operatori sanitari e pazienti), affinché la COREHealth non resti un mero strumento, seppur tecnologicamente avanzato, ma rappresenti una vera e propria svolta organizzativa verso un nuovo modo di prendere in carico i pazienti cronici con benefici sia per i pazienti che per i care givers.

CONCLUSIONI. Gli investimenti in Sanità Digitale devono essere commisurati ai fabbisogni per abilitare la Digital Transformation ed un rinnovamento del settore secondo le logiche della Value Based Healthcare; in quest'ottica Puglia, con Lombardia, è stata inserita dal Ministro per l'innovazione Tecnologica e la Transizione Digitale nel tavolo tecnico per la Piattaforma Nazionale di Telemedicina nell'ambito della M6C1 del PNRR. Nel novembre 2022, inoltre, la Regione Puglia ha ricevuto il premio "Innovazione in Sanità Digitale", organizzato da AGENAS e SICS, editore delle riviste Quotidiano Sanità e Popular Science, per la COREHealth; inserita anche tra le best practice del PON GOV cronicità di AGENAS (2014-2020) come investimento contestuale per migliorare l'utilizzo e l'accesso alle Tecnologie ICT e rafforzare la capacità istituzionale delle autorità pubbliche.

Autore per la corrispondenza: Notarangelo Pasquale - AReSS - Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale -
Email: p.notarangelo@aress.regione.puglia.it

11. Telemedicina in diabetologia: l'esperienza nazionale dell'Associazione Medici Diabetologi

Manicardi Valeria¹, Russo Giuseppina², Rocca Alberto³, Manicardi Elisa⁴, Di Cianni Graziano⁵, Di Bartolo Paolo¹

¹Fondazione AMD, ²Università di Messina, ³ASST Nord Milano, ⁴AUSL di Reggio Emilia, ⁵AMD (Associazione Medici Diabetologi)

BACKGROUND. La pandemia da SARS-CoV2 ha imposto una riorganizzazione dei servizi sanitari, soprattutto per l'assistenza alle persone affette da malattie croniche come il diabete. Tra le modalità assistenziali attivate, la telemedicina/ televisita ha avuto un ruolo di primo piano nei servizi di diabetologia italiani. La Associazione Medici Diabetologi (AMD) che rappresenta oltre 2200 diabetologi Italiani, raccoglie annualmente da 15 anni, attraverso una cartella informatizzata, 46 indicatori di qualità della assistenza erogata alle persone con diabete, sia di Tipo 1 (DM1), che di Tipo 2 (DM2) – gli Annali AMD: indicatori di processo, di esito intermedio, di appropriatezza terapeutica, di esito finale e di qualità di cura complessiva.

OBIETTIVI. Paragonare le caratteristiche cliniche e la qualità dell'assistenza nei pazienti DM1 e DM2 gestiti nel 2020, anno pandemico, in Telemedicina (TMD), quindi da remoto, rispetto ai pazienti visti in presenza, nei centri che partecipano alla raccolta dati degli Annali AMD in Italia: tipo di pazienti, età, sesso, grado di compenso metabolico, uso dei farmaci, stato delle complicanze e qualità della cura complessiva.

METODI. Gli ANNALI AMD 2021 hanno raccolto i dati (anonimi alla fonte) relativi all'anno 2019, pre-pandemia, ed all'anno 2020, pandemico, da 282 servizi di Diabetologia Italiani, distribuiti su tutto il territorio nazionale, e permettono di verificare la Qualità della assistenza erogata alle persone con diabete, sia viste in presenza, che contattate da remoto, via telefono, o televisita (TMD).

RISULTATI. Nel 2019, anno pre-pandemico, i DM2 visitati nei centri di diabetologia sono stati 531.732 ed i DM1 37.445. Nel 2020, anno pandemico, i pazienti visti in presenza sono stati il 27,6% in meno per i DM2, ed il 17% in meno per i DM1, mentre 46424 DM2 e 2624 DM1 sono stati valutati da remoto e classificati in cartella come TMD. Nell'ambito dei pazienti DM1, quelli gestiti in TMD (n= 2624) erano più anziani (età media: 50,7 ±17 vs 47,9±16,7 anni; 20,1% vs 16,6 % con età > 65 anni), e presentavano più spesso valori di eGFR < 60 ml/m (14,9 vs 10,5%), erano inoltre più frequentemente gestiti con terapia multiiniettiva. La maggior quota di pazienti gestiti da remoto sono stati quelli con DM2: i 46424 visti da remoto vs i 363898 visti in presenza erano più anziani (età media: 71,3 ±11 vs 69,1 ± 11 anni; 39,6% vs 32,2 % con età > 75 anni), p< 60ml/m: 33,6 vs 29,6%, p<=7%, 53mmol/m) vs il 48,8% di quelli visti in presenza. I pazienti visti da remoto hanno però effettuato di meno il monitoraggio degli esami ematochimici e lo screening delle complicanze, soprattutto il fundus oculi ed il piede, ed erano meno trattati con antipertensivi ed ipolipemizzanti. Riguardo alla terapia, i pazienti visti da remoto erano meno trattati con metformina e con i nuovi farmaci (SGLT2i, GLP1-RA), mentre erano più spesso in trattamento insulinico (13,6 vs 11,7%) e con DPP4i.

LIMITI. I dati degli Annali AMD mostrano che il limite maggiore della valutazione in telemedicina nell'assistenza diabetologica in Italia durante la pandemia è stata la riduzione dei controlli periodici delle complicanze croniche del diabete. Questi dati vanno letti tenendo presente che la assistenza in TMD è stata variegata e non ha seguito una stessa modalità strutturata in tutti i centri, e che i risultati ottenuti sono stati condizionali dalla impossibilità di eseguire esami diagnostici e screening non urgenti durante le fasi più dure dell'ondata pandemica.

CONCLUSIONI. I dati degli Annali AMD mostrano come i diabetologi italiani, senza alcun protocollo condiviso, abbiano scelto di vedere da remoto i più anziani e più fragili e quelli con miglior compenso glicemico, per proteggerli da potenziali contagi durante la pandemia COVID-19. I nostri dati hanno anche dimostrato che la telemedicina offre una accettabile modalità di cura anche nei pazienti con DM1 e DM2, purché si presti attenzione a mantenere lo screening periodico di fattori di rischio e complicanze.

12. Disturbo da stress post traumatico e resilienza: confronto tra unità di rianimazione Covid e non Covid

Massi Alessia¹, Petritoli Fabrizio², Marcelli Stefano¹, Traini Tiziana¹

¹Univpm, ²Asur Marche Area Vasta 5 (AST di Ascoli Piceno)

BACKGROUND. La rapida diffusione del virus SARS-CoV-2 a livello mondiale ha gravato pesantemente sulle strutture ospedaliere imponendo un carico di lavoro notevole per gli operatori sanitari, sia fisico che emotivo. (Istituto Superiore di Sanità). I quadri gravi di Covid, infatti, configurano una condizione di polmonite interstiziale con importante interessamento respiratorio. L'infezione da SARS-Cov-2 provoca in circa 10% dei casi complicanze respiratorie gravi con possibile sindrome da distress respiratorio (ARDS). I professionisti sanitari hanno dovuto da subito contrastare in prima linea questo nuovo virus nei vari setting assistenziali del servizio sanitario, esponendo la propria salute a rischio soprattutto a causa di: carenza di adeguati dispositivi di protezione individuale, maggiore rischio di contagio per sé e per la propria famiglia, turni di lavoro estenuanti e lontananza dai propri cari, contatto quotidiano con la sofferenza e la morte, mancanza di conoscenze scientifiche del virus. Tutto questo ha determinato lo sviluppo di vulnerabilità psicofisiche e manifestazioni sintomatiche quali: shock, tremori, disturbi sensoriali, amnesie che sono riferibili a un quadro clinico post – traumatico

OBIETTIVI. Rilevare tra gli operatori sanitari in servizio presso le Unità Operative Rianimazione dell'ASUR Area Vasta 5, il rischio di esposizione al Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD). indagare l'eventuale ruolo della pandemia sul rischio di insorgenza del Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD) e il livello di Resilienza sviluppati dagli operatori sanitari, nelle due UUOO Rianimazione dell'Area Vasta 5

METODI. Lo studio osservazionale è stato condotto presso le Unità Operative di Rianimazione degli Stabilimenti Ospedalieri "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto e "C. & G. Mazzoni" di Ascoli Piceno, dal 1° luglio 2022 al 30 settembre 2022, proponendo a tutti gli operatori sanitari l'autosomministrazione volontaria e anonima della scala PTSS-10 e il Questionario della Resilienza.

RISULTATI. Il campione di convenienza comprende 47 professionisti sanitari (infermieri e medici), prevalentemente di sesso femminile (70,22%), con età media di 44 anni (DS = 11,28) e con presenza media in servizio nell'Unità Operativa di Rianimazione di 14 anni (DS=11,28). Il livello medio di Stress Post- Traumatico è pari a 25,96 (DS = 9,50) per gli operatori sanitari dell'Unità operativa di Rianimazione Covid e di 19,72 (ds= 10,70) per gli operatori sanitari dell'Unità operativa di Rianimazione non Covid. In entrambi i casi il livello di PTSD risulta essere inversamente correlato con il livello medio di Resilienza. Nell'Unità Operativa di Rianimazione Covid, il campione accusa Disturbo da Stress Post Traumatico maggiore rispetto l'Unità Operativa di Rianimazione non Covid, nonostante le risorse di Resilienza siano risultate "buone" in entrambi i campioni. Nella Rianimazione Covid sono più marcati i sintomi che appartengono al cluster dei sintomi psicologici (irritabilità e sbalzi d'umore) che superano la soglia del cut off di 3, mentre nell' Unità Operativa non Covid solo l'irritabilità raggiunge il valore limite di 3. In situazione di elevato stress è fondamentale praticare uno screening precoce, per prevenirne l'impatto psicologico negli operatori sanitari, e di attuare interventi per attenuare il rischio di Disturbo da Stress Post-Traumatico.

LIMITI. il campione, di convenienza per adesione spontanea, si compone nella maggior parte da soggetti di genere femminile; non è preso in considerazione la qualità dell'ambiente di lavoro, già stressante di suo. Nelle Unità Operative, il livello di PTSD non è confrontato con un livello pre- Covid, per cui non si può dedurre, nello specifico, che lo stress sia attribuito direttamente alla pandemia; il livello di PTSD valutato, non è confrontabile con risultati ottenuti in altri studi, perché condotti su personale infermieristico di setting diversi e questionari e scale di misurazione differenti.

CONCLUSIONI. Lo studio ha evidenziato come la pandemia ha influenzato maggiormente sull'esordio o il peggioramento dei sintomi psicologici caratteristici del PTSD, soprattutto del personale sanitario nei reparti di Rianimazione Covid. Allo stesso tempo ha messo in risalto anche la capacità di resilienza adottata dagli operatori sanitari per fronteggiare i periodi difficili. In linea a questa definizione, quindi, è fondamentale salvaguardare la salute delle persone più a rischio, tra cui gli operatori sanitari. I sintomi che possono scaturire da situazioni stressanti, infatti, possono compromettere la capacità del personale sanitario di fornire cure di alta qualità, oltre ad avere un impatto negativo sulla loro qualità di vita. Gli operatori sanitari sono ormai da due anni al centro dei riflettori. Sono stati descritti come eroi, generando in loro forte senso di responsabilità e imponendo determinati comportamenti per dimostrare sempre forza e resistenza.

Autore per la corrispondenza: Traini Tiziana - Corso di Laurea Triennale in Infermieristica - Sede di Ascoli Piceno - Email: t.traini@univpm.it

13. Recupero di prestazioni sanitarie post COVID-19 nell'ASL di Bari: gestione dei tempi di attesa per garantire equità d'accesso

Morcavallo Caterina¹, Mudoni Simona², Coppola Cristina², Sanguedolce Antonio²

¹Università degli Studi di Bari, ²ASL Bari

BACKGROUND. La pandemia ha compromesso l'accesso alle cure. Nel 2020, il SSN ha orientato i suoi servizi prevalentemente ai pazienti Covid, sospendendo e rinviando prestazioni necessarie anche alla prevenzione, presa in carico e gestione delle condizioni di fragilità di pazienti non Covid. È dunque emerso un nuovo profilo di iniquità di accesso alle cure tra pazienti. Si è inoltre osservata un'inversione di rotta, passando da progressivi tagli alla ripresa degli investimenti in sanità pubblica, varando provvedimenti volti a rafforzare il SSN, come quelli in tema di recupero tempi d'attesa.

OBIETTIVI. Il presente studio valuta l'impatto della pandemia Covid-19 sull'erogazione delle prestazioni sanitarie offerte dalla ASL Bari e illustra il conseguente piano di recupero delle Liste di Attesa.

METODI. È stata effettuata un'analisi dei dati dei servizi sanitari erogati relativi al 2021-2022 estrapolati dal Sistema Informativo Regionale Edotto. La rilevazione dei tempi d'attesa, riguardante le prestazioni indicate nel PNGLA, è stata realizzata utilizzando i dati estratti dal Sistema Informativo N-CUP.

RISULTATI. In merito alla riduzione dei tempi e liste d'attesa, sono state poste in essere differenti misure, come il ricorso a prestazioni aggiuntive, l'assunzione di personale anche in quiescenza, il reclutamento dei medici iscritti all'ultimo e/o penultimo anno dei corsi di formazione specialistica, l'acquisto di beni e servizi. Inoltre, sono stati effettuati: riorganizzazione delle agende di prenotazione (per dare priorità alle prestazioni sospese non più procrastinabili), recall dei prenotati, ampliamento dei giorni e degli orari di apertura degli ambulatori. Nella ASL BA, nel 2022 si sono registrati 42.968 ricoveri, il 9% in più rispetto al 2021. L'aumento ha riguardato sia il regime ordinario (8%) che il day hospital (25%). Anche per le prestazioni ambulatoriali e di assistenza domiciliare si è osservato un incremento (7%). Le prestazioni sanitarie in primo accesso erogate nel 2021 sono state 37.355, i tempi medi di attesa sono stati rispettati per il 72.4% dei casi, con un tempo medio di attesa di 66 giorni; nel 2022 si è verificato un aumento delle prestazioni pari a 276.957 (+641%), i tempi medi di attesa sono stati rispettati per l'84.6%, con tempi medi di attesa di 30 giorni. Le prestazioni sanitarie di controllo erogate nel 2021 sono state 179, con un tempo medio di attesa di 55 giorni; nel 2022 sono state registrate 58.486 controlli con un tempo medio di attesa di 31 giorni.

LIMITI. I dati dell'anno 2020 non sono stati considerati in quanto è stato registrato un numero limitato di prestazioni, correlato allo stato emergenziale. Le prestazioni fornite dai privati accreditati non sono state incluse nello studio.

CONCLUSIONI. I volumi di attività considerati nel presente studio evidenziano un effettivo recupero delle liste d'attesa nel 2022. Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera durante la pandemia, nel 2021 si è registrata una lieve ripresa delle ospedalizzazioni per i ricoveri programmati e per quelli diurni, ma i volumi di attività restano al di sotto dei livelli pre-pandemici. Attraverso idonei programmi e piani strategici aziendali è possibile perseguire il recupero dei ritardi delle prestazioni sanitarie creati dall'emergenza e, dunque, garantire un miglioramento dell'equità di accesso alle cure.

14. **Formazione obbligatoria in Pronto Soccorso per i medici in formazione specialistica: una survey del Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.)**

Napoli Annalisa¹, Di Pumpo Marcello¹, Colombo Flavia¹, Cozzolino Armando², Causio Andrea¹, Marisei Mariagrazia³, Bencivenga Francesco¹

¹Segretariato Italiano Giovani Medici (SIGM), ²Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Salerno, Segretariato Italiano Giovani Medici (SIGM), ³Università degli Studi di Napoli Federico II

BACKGROUND. L'emergenza/urgenza è una branca medica in costante e rapida evoluzione. Data l'enorme ricaduta, in termini di salute, dei trattamenti e delle procedure che comprende, tale disciplina rappresenta un ambito formativo imprescindibile per tutti i professionisti sanitari ed in particolare per i medici. Tuttavia, in diversi contesti a livello internazionale emerge come i livelli di omogeneità e qualità della formazione non rispecchiano l'importanza di tale branca medica. Nel dettaglio, sia uno studio del Regno Unito che uno in Turchia del 2019 documentano significative lacune formative, basilari per la pratica quotidiana della medicina di emergenza/urgenza. Uno dei possibili approcci intrapresi a livello internazionale per far fronte a tale problematica è stato, ad esempio, negli USA e in Canada quello di produrre, rispettivamente, milestones e linee guida per la formazione dei giovani medici in emergenza/urgenza. Il focus dell'Associazione Italiana Giovani Medici (S.I.G.M.) è la formazione dei giovani medici. È dunque utile impegnare lo sforzo associativo al fine di una ricognizione, a livello nazionale, della presenza e del livello di qualità della formazione per la categoria dei giovani medici in tale ambito.

OBIETTIVI. L'obiettivo dello studio consiste pertanto nell'indagare con una metodologia survey-based la presenza e la qualità dell'offerta formativa in emergenza/urgenza tra tutti i giovani medici in formazione specialistica in Italia trasversalmente a tutte le Scuole.

METODI. Lo studio è stato condotto tramite un questionario, rivolto a tutti i medici in formazione specialistica, di ogni branca e sede, diffuso in modalità online tramite i canali social (Facebook, Instagram, Telegram) e i gruppi Whatsapp del Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.). La survey, tuttora in corso, indaga, per ogni Scuola di specializzazione e sede, se sia previsto un periodo di formazione obbligatoria nell'area dell'emergenza-urgenza e se tale periodo sia utile ai fini del percorso di formazione specialistica. I dati sono stati trattati in forma aggregata anonima.

RISULTATI. Su un campione di 197 medici in formazione specialistica, le Scuole con il più alto numero di risposte sono risultate: pediatria (13.2%); igiene (11.7%); medicina fisica e riabilitativa (8.1%); medicina interna (5.6%); psichiatria (5.1%); medicina del lavoro (5.1%). Le sedi più rappresentate includono: Università degli Studi della Campania "L. Vanvitelli" (22.3%); Università Cattolica del Sacro Cuore (9.6%); Università di Napoli Federico II (8.1%); Bari (5.1%); Torino (4.6%); Milano (4.6%); Salerno (4.1%). Il 54.3% ha risposto che nelle rispettive Scuole è già previsto un periodo di formazione obbligatoria in Pronto Soccorso o nella rete dell'emergenza-urgenza; il 31% pensa che un periodo obbligatorio in Pronto Soccorso sia utile per la propria formazione professionale. Il 23.9% ha già esercitato attività di pronto soccorso o nella rete dell'emergenza-urgenza al di fuori della propria Scuola di specializzazione.

LIMITI. Il limite principale dello studio è relativo alla necessità di ampliare il campione in esame, trattandosi di un'analisi descrittiva su dati raccolti in fase preliminare.

CONCLUSIONI. È fondamentale valutare la qualità formativa in Italia, soprattutto nell'ambito dell'emergenza-urgenza al fine di implementare e rendere il più possibile omogenea la formazione in tale branca.

15. Mettere a sistema la telemedicina - Rivedere i processi prima di adottare dispositivi e tecnologie

Presutti Michele, Alesina Marta, Dall'Occo Franca, Minniti Davide
ASLTO 3

BACKGROUND. Lo sviluppo della Telemedicina in molte realtà organizzative sanitarie spesso nasce a partire dalla proposta di adottare in alcune specialità particolari dispositivi finalizzati a digitalizzare alcune prestazioni o attività (dalla televisita, al telemonitoraggio, alla teleassistenza fino al teleconsulto), Tale modello comporta spesso la necessità di adattare i processi organizzativi e clinici alle caratteristiche e alle funzionalità specifiche del dispositivo proposto. L'approccio adottato da ASLTO3 ribalta tale prospettiva proponendo una "visione di sistema" nell'implementazione dell'asset "Telemedicina. Tale approccio infatti prevede di partire dai processi e non dai dispositivi, ovvero dall'analisi delle caratteristiche dei diversi percorsi diagnostico terapeutici per individuare quali opportunità potrebbero offrire le nuove tecnologie digitali per migliorare tali processi, ridurre i tempi di esecuzione e svolgimento di alcune attività, migliorare in sostanza la performance. In altre parole tale prospettiva è orientata ad adattare le tecnologie ai processi di cura e non viceversa. Occorre pertanto rivedere i processi di cura con l'individuazione dei punti di forza vs. di debolezza, opportunità vs ostacoli rispetto alla Telemedicina

OBIETTIVI. 1.Mettere a sistema la Telemedicina 2.Re-ingegnerizzare i processi clinici alla luce delle opportunità offerte dalla Telemedicina 3.Pianificare uno sviluppo coerente della Telemedicina a livello aziendale evitando una crescita a macchia di leopardo e guidata dalle logiche dell'offerta di dispositivi 4.Individuare le sinergie tra servizi e discipline offerte dalla tecnologia e dalla digitalizzazione dei flussi informativi

METODI. 1. Individuazione di un gruppo aziendale di Telemedicina composto dai diversi attori coinvolti nel sistema: Coordinamento Area Ospedaliera Coordinamento Area Territoriale Medici di Medicina Generale S.C. Formazione, Qualità e Rischio Clinico delle Attività Sanitarie S.S. Ricerca e Innovazione S.S. Legale S.C. Tecnico e Informatico S.C. Farmacia Ospedaliera e Territoriale S.S. Attività amministrative ospedaliere Responsabile DPO S.C. Direzione Professioni Sanitarie S.C. Pianificazione Strategica e Monitoraggio Attività Sanitarie 2. Stesura di un Piano Aziendale di telemedicina (biennale) con la definizione degli obiettivi per i tre principali asset strategici: Analisi dei Percorsi clinici Sviluppo delle tecnologie (Hardware, software, reti) Sviluppo delle competenze digitali 3. Progettazione di un Piano di Audit per l'analisi dei percorsi di cura in 22 strutture cliniche ospedaliere e territoriali 4. Progettazione di un Piano di Formazione alle competenze digitali con l'individuazione e la formazione di una serie di e-leader individuati a livello aziendale

RISULTATI. 1. Adozione del Piano Aziendale di Telemedicina 2. Percorso di Audit su 22 Strutture cliniche aziendali per la verifica dei percorsi ed analisi delle potenzialità e criticità nell'implementazione della telemedicina 3. Report Audit con l'individuazione delle azioni da intraprendere a breve e medio periodo per implementare e favorire lo sviluppo della Telemedicina 4. Offerta di percorsi di Formazione multi-didattici (aula, fad, fsc, ecc.) alle competenze digitali aperti a tutti gli operatori dell'azienda e formazione di 15 e-leader aziendali con l'assegnazione della funzione di facilitatori nello sviluppo della cultura digitale 5. Creazione di una scheda MAST (Model for Assessment of Telemedicine applications) rielaborata con IRES Piemonte per adattarla alle esigenze aziendali di valutazione dei progetti di TM presentati dalle strutture 6.Revisione dei PDTA aziendali alla luce delle opportunità offerte dalla telemedicina; 7.Censimento delle tecnologie necessarie allo sviluppo della TM 8.Valutazione sicurezza del dato con DPO 9.Analisi del livello di connettività di tutte le sedi aziendali 10. Adozione di una Piattaforma di Telemedicina adattata alle esigenze specifiche aziendali 11. Sviluppo delle prestazioni in Telemedicina in quasi tutte le specialità passando dalle 682 erogate nel 2020 alle 15.948 erogate nel 2022

LIMITI. La revisione dei processi mette in evidenza aspetti problematici che non essendo risolvibili sul piano tecnologico rischiano di generare attese di risoluzione che restano in sospeso e quindi non affrontate Lo sviluppo dell'attività di audit è stata molto compattata dall'esigenza di organizzare le giornate di audit come attività formativa e quindi vincolate alle regole del sistema ECM

CONCLUSIONI. L'esperienza maturata in ASLTO3 ha consentito di confermare la validità di una prospettiva di sviluppo della Telemedicina che nasca dall'analisi e dalla revisione dei processi clinici soprattutto coinvolgendo in prima persona gli utilizzatori e i professionisti promuovendo una visione di sistema e non legata quindi alle esigenze proprie di ciascuna disciplina, ma anzi favorendo lo scambio, la contaminazione ideativa e quindi la messa a sistema anche dell'intelligenza organizzativa.

Autore per la corrispondenza: Presutti Michele - ASL TO3 - Email: michele.presutti@aslto3.piemonte.it

16. Il cambio di inquadramento della formazione medico-specialistica: luci e ombre nella programmazione del fabbisogno dei professionisti sanitari

Rallo Flavia
AUSL Bologna

BACKGROUND. Lo scenario attuale, epidemiologico e socio-economico, mette a repentaglio la sostenibilità del SSN: la criticità attuale non può solamente riferirsi a tematiche di tipo finanziario. In questo contesto, si sono rese ancora più evidenti le fratture relative al fabbisogno di personale: la formazione medico-specialistica ha raggiunto particolare enfasi durante la pandemia COVID-19. La riduzione del numero dei medici attivi in Italia e la necessità di far fronte all'emergenza pandemica hanno puntato l'obiettivo sui medici in formazione specialistica e sulla possibilità di modificarne l'inquadramento contrattuale per facilitarne un'immissione precoce nella dirigenza del SSN. In questo scenario, sono al vaglio numerose ipotesi per modificare il contratto di formazione specialistica al fine di consentire un'immissione più precoce di medici nelle Aziende e negli Enti del SSN.

OBIETTIVI. Questo lavoro mira a definire il contesto necessario ad una modifica del contratto di formazione specialistica, ponendo l'accento sulle carenze dell'inquadramento attuale dal punto di vista della programmazione e secondo il vissuto degli specializzandi. Si pone l'obiettivo di identificare i limiti e le opportunità di una nuova formazione medica specialistica, necessaria per l'acquisizione di competenze che rendano il medico progressivamente formato allo svolgimento di specifiche attività; viene allargato lo sguardo sulla programmazione generale del fabbisogno di professionisti sanitari medici e non medici, per strutturare le modifiche contrattuali su un calcolo del fabbisogno coerente con i reali fabbisogni di salute della popolazione, integrando l'epidemiologia con le evoluzioni professionali che il Servizio Sanitario post-pandemia richiede.

METODI. È stata analizzata la normativa che ha determinato l'attuale offerta di borse di specializzazione e l'inquadramento dei medici in formazione specialistica; è stata comparata ai risultati di un questionario, inoltrato agli specializzandi tramite AISOT (Associazione Italiana Specializzandi in Ortopedia e Traumatologia) e Federspecializzandi, che ha indagato la predisposizione nei confronti della sottoscrizione di un contratto di lavoro prima del conseguimento del titolo.

RISULTATI. Il numero di borse di specializzazione è considerevolmente aumentato nel corso degli ultimi anni. Con il DL crescita sono state incrementate per lo più le specializzazioni legate all'emergenza COVID-19. Considerando alcune scuole di specializzazione a titolo esemplificativo, tra l'A.A. 2017-2018 e l'A.A. 2019-2020, i posti di Igiene e Medicina Preventiva sono aumentati del 204%, quelli di Medicina dell'Emergenza-Urgenza (MEU) del 253%, quelli di Pediatria del 64% mentre quelli di Geriatria del 119%. Questo aumento potrebbe risultare coerente con la crisi del personale dei Pronto-Soccorso o con il calo della natalità. È però evidente che il numero assoluto dei contratti di formazione non fosse proporzionato: già nel 2016 erano stati stanziati 488 contratti di Pediatria contro i 184 di Geriatria. L'aumento delle borse di specializzazione non corrisponde poi a contratti effettivamente stipulati: per l'anno accademico corrente non sono state assegnate circa il 50% delle borse di specializzazione in MEU (Anao-Assomed, 2022), mentre sono di difficile calcolo gli abbandoni durante il percorso formativo. Il 50% dei borsisti ortopedici, inoltre, non si assumerebbe responsabilità come specialista prima della fine del programma di formazione quinquennale.

LIMITI. L'attuale calcolo del fabbisogno di personale ha parecchi limiti: si configura secondo un modello ospedale-centrico, trovando frammentazione nella codifica della specialistica ambulatoriale e nella stima dei bisogni nei servizi territoriali. Manca del tutto una stima del bisogno socio-sanitario, che non genera value for money (GIMBE).

CONCLUSIONI. L'analisi del fabbisogno di personale del Servizio Sanitario è complessa e multifattoriale: il carico della cronicità e il crescere dei bisogni socioassistenziali impone una modifica dell'approccio alle competenze dei singoli professionisti e mostra la necessità di una forte forza a matrice territoriale. Il cambio di inquadramento degli specializzandi a deve corrispondere a questa necessità: si deve però strutturare la nuova impalcatura dei servizi tale da rispondere ai bisogni della popolazione. Si deve poi definire il core-curriculum dei futuri specialisti per garantire la qualità della formazione specialistica. Disegnare il layout dei Servizi Sanitari in base ai target di popolazione può garantire quella cornice che eviti l'impiego di personale a tamponare emorragie specifiche, che non consentono né di far fronte alle necessità di erogazione delle cure, né di fidelizzare il personale stesso.

17. Implementazione dei processi di Telemedicina in una Azienda Sociosanitaria: dal modello gestionale all'erogazione dell'assistenza sanitaria sul territorio. L'esperienza di ASST-Bergamo Est

Rocca Patrizia¹, Bertolaia Patrizia¹, Borghi Gabriella², Luzzi Loredana³, Locati Francesco¹

¹ASST-Bergamo Est; ²CEFRIEL, ³Università degli Studi di Brescia

BACKGROUND. L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Bergamo Est copre un ampio bacino di utenza che si estende su 94 Comuni con una popolazione complessiva di circa 385.000 abitanti: si tratta di un ambito geograficamente e demograficamente molto diversificato. L'evoluzione delle tendenze demografiche e la conseguente modifica dei bisogni socio-assistenziali della popolazione richiedono una riorganizzazione dei processi e la programmazione delle risorse – dall'a.a. 2023/2024 sarà attivo il corso di laurea in infermieristica dell'Università di Brescia - al fine di consentire una maggiore integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali. La telemedicina, intesa come l'insieme delle tecniche mediche e di Innovation Technology (IT), diventa uno strumento indispensabile per consentire l'erogazione di servizi sanitari a distanza.

OBIETTIVI. La Direzione Strategica aziendale ha sostenuto la creazione di un team dedicato a: identificazione delle matrici organizzative; implementazione di processi di telemedicina conformi alla normativa regionale e nazionale; digitalizzazione dei processi di cura; formazione dei professionisti socio-sanitari.

METODI. Il team di Telemedicina è formato da medici, infermieri, tecnici informatici, ingegneri gestionali e personale amministrativo e viene coordinato da un medico in staff alla direzione socio-sanitaria. Ogni componente porta le proprie competenze tecnico-professionali, in ottica di interdipendenza, sviluppo creativo ed efficientamento dei processi. Il modello organizzativo adottato è basato sulla gestione orizzontale dei processi, superando quello tradizionale, a silos, basato su funzioni e ruoli. La struttura organizzativa del team prevede due livelli correlati e interdipendenti: il team di telemedicina e i gruppi di lavoro specifici, che vengono creati in funzione al singolo progetto e coinvolgono professionisti dipendenti dalle singole Unità Operative aziendali e dai servizi territoriali. Il team di telemedicina ha individuato dei Key Performance Indicators al fine di monitorare l'avanzamento dei processi. Si occupa inoltre della formazione dei professionisti coinvolti e della facilitazione all'approccio al digitale dei cittadini e dei caregivers.

RISULTATI. A due anni dalla costituzione del team, l'azienda è riuscita a sistematizzare il processo di telemedicina in linea con la normativa regionale vigente. Sono quattro le unità operative che assicurano le telemedicazioni con agende dedicate; cardiologia riabilitativa, diabetologia, nutrizione artificiale e ginecologia per un totale di circa 400 telemedicazioni eseguite nell'anno 2022. Le specialità in via di attivazione sono: Infettivologia, Anestesia (Terapia del dolore) ed il Servizio per le Dipendenze. Il processo di teleassistenza infermieristica associato al telemonitoraggio (Nuove Reti Sanitarie) è stato attivato in ambito di scompenso cardiaco cronico (SCC) e segue ogni anno circa 25-30 pazienti ad alta intensità, mentre per pazienti portatori di PM o ICD impiantati è attivo il controllo da remoto (home-monitoring) e vengono gestiti circa 5500 pazienti sia dall'ambulatorio di SCC che da quello di Elettrofisiologia. Il team sta implementando un lavoro congiunto tra infermiere case-manager e Ifec in ambito di telemedicina, in previsione della creazione delle Centrali Operative Territoriali. Il team ha sviluppato un progetto di fattibilità per la teleriabilitazione in cardiologia riabilitativa, arruolando 4 pazienti post-intervento cardiocirurgico, al termine dell'iter riabilitativo degenziale e tramite MAC (macro-attività-ambulatoriale-complessa). Sono attive sperimentazioni di Teleconsulto, tra Medici di Medicina Generale e medici ospedalieri in ambito cardiologico, diabetologico, fisiatrico e geriatrico (40 teleconsulti settembre-dicembre 2022) e tra specialisti aziendali e extraaziendali per la gestione in team di processi diagnostici-terapeutici-assistenziali (es. pazienti con patologia oncologica).

LIMITI. In regione Lombardia solo la telemedicina ha un flusso di rendicontazione dedicato e la mancata valorizzazione dei percorsi/prestazioni rischia di ostacolare la diffusione della telemedicina e la definizione di una corretta allocazione delle risorse. La scarsa cultura informatica e digitale sia dei sanitari che dei cittadini può creare difficoltà all'implementazione dei servizi di TLM.

CONCLUSIONI. La costituzione del team di telemedicina ha presentato vantaggi per lo sviluppo coordinato e efficiente di processi di assistenza da remoto e ha garantito un veloce e funzionale trasferimento delle informazioni, condivisione di competenze e conoscenze e la creazione di un linguaggio comune tra le diverse professionalità. Questo modello permette di ottenere una logica unitaria e può rappresentare un modello per definire e progettare processi per la presa in carico del cittadino.

Autore per la corrispondenza: Rocca Patrizia - Ospedale Briolini di Gazzaniga - Email: patrizia.rocca@asst-bergamoest.it

18. Gli effetti della precarizzazione sistematica del personale della ricerca sanitaria pubblica: quale futuro per l'innovazione del Ministero della Salute?

Rossi Teresa, Colciaghi Francesca, Baili Paolo, Bruno Eleonora, Donà Maria Gabriella, Laurenzana Ilaria, Vadalà Antonio, Contarino Valeria Elisa

Associazione Ricercatori in Sanità-Italia

BACKGROUND. Lo shock sanitario causato dal COVID-19 ha messo in luce svariate fragilità del nostro SSN facendo emergere la necessità di un cambio di approccio che investa sul capitale umano. Tra i lavoratori coinvolti nell'emergenza pandemica si annovera il personale della ricerca sanitaria pubblica degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici e gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS) afferenti al Ministero della Salute (MinSal): i cosiddetti "Piramidati". Tale personale degli IRCCS pubblici/IZS è inquadrato, solo dal 2019, in una sezione del CCNL comparto Sanità che prevede l'assunzione con contratti subordinati a tempo determinato, i cui fondi dipendono dalla L. 205/2017 comma 425 (cd Piramide della Ricerca). Il percorso della Piramide consta di un contratto di 5 anni con eventuale rinnovo previo raggiungimento di obiettivi definiti dal DM164/19 secondo il principio 'publish or perish', principio che risulta in contraddizione con le linee-guida internazionali in materia di valutazione della ricerca (<https://coara.eu/>; <https://sfdora.org/>).

OBIETTIVI. 1) Valutare l'impatto dell'applicazione della Legge del 27/12/2017 n. 205 art. 1, Commi 422-434 e la mancata applicazione della legge 30/12/2021 n. 234 art. 1 comma 268 sul capitale umano storico degli Istituti degli IRCCS/IZS pubblici nel triennio 2020-2022; 2) Quantificare lo stato lavorativo complessivo dei lavoratori della ricerca sanitaria in forza agli IRCCS pubblici/IZS.

METODI. I dati provenienti da due censimenti (ARSI dicembre 2021 e Fp-CGIL gennaio 2023) dei suddetti lavoratori, sono stati incrociati con i dati ufficiali del MinSal relativi al personale assunto con il contratto Piramide al dicembre 2021 e con i dati ottenuti dalle delibere degli IRCCS pubblici ed IZS (2022-2023) in fatto di assunzioni di nuovo personale di ricerca sanitaria (DPCM21/4/21).

RISULTATI. Il personale della ricerca sanitaria pubblica con contratto atipico (borse di studio, co.co.co. e partita IVA) a dicembre 2019 ammontava a 3500 lavoratori (tra cui medici, biologi, fisici, chimici, bio-informatici, ingegneri). Se la precarietà dei medici è stata sanata a seguito dell'applicazione della Legge Madia (dal 2018), i restanti 1800 precari non-medici sono stati reclutati come Ricercatori o Collaboratori alla Ricerca nella Piramide. Dei primi 1800 storici assunti a tempo determinato a dicembre 2019, al 31/12/2021 ne restavano soli 1290 (dati MinSal): nei primi due anni di Piramide della Ricerca il 25% del personale storico ha abbandonato gli IRCCS/IZS pubblici. La survey di ARSI, condotta su 500 lavoratori nel dicembre 2021, mostrava che l'80% dei precari è donna, con un'età media di 42 anni e precarietà media di 10 anni. La recente survey promossa da fp-CGIL a gennaio 2023 (<https://www.fpcgil.it/2023/02/06/fp-cgil-ricerca-sanitaria-fondata-su-precariato/>) mostra nei 1300 lavoratori della ricerca sanitaria un'esacerbazione della precarietà, così riassumibile: età media: 42,86 anni (punte fino a 65 anni) durata media precariato: 13,3 anni/lavoratore range di anzianità precaria da 6 a 39 anni (fino a 36 anni di contratti atipici + 3 anni di TD Piramide) Personale richiamato dall'estero: 0% Ad oggi, dopo il DPCM 21/4/2021 che ha dato la possibilità di indire concorsi, la stima del personale afferente alla Piramide ammonta a 1600 unità, a fronte di centinaia di lavoratori ancora con contratti atipici e/o borse di studio.

LIMITI. Non sono disponibili i dati aggiornati del MinSal al 31/12/2022.

CONCLUSIONI. La Legge 205/2017 art. 1, Commi 422-434, intendeva essere il primo tentativo di regolamentazione del lavoro nell'ambito della ricerca scientifica negli IRCCS pubblici e IZS. L'applicazione del "percorso di formazione" con contratto a termine della Piramide della Ricerca definita in tale Legge al personale storico anche laureato con PhD/specializzazione, di lunga esperienza e con precariato atipico decennale alle spalle ha, di fatto, sortito l'effetto contrario delle intenzioni della Legge stessa: 1) aggravando l'abuso di contratti a termine già in corso da oltre 30 anni; 2) impedendo la valorizzazione del personale della ricerca sanitaria mancando della definizione di una sezione per la ricerca sanitaria nel CCNL Dirigenza Sanità. Alla luce dei dati qui riportati è urgente una revisione della L. 205/2017 affinché tale norma possa rendere attrattivi gli IRCCS pubblici e IZS. A tal fine è necessario che i fondi stanziati dalla L. 205/2017 vengano resi strutturalmente disponibili agli Istituti per la stabilizzazione del personale storico e per una giusta pianificazione dei nuovi reclutamenti. Necessario il riconoscimento di una pianta organica della ricerca a tempo indeterminato presso gli IRCCS-IZS che includa il personale storico, la definizione del ruolo dirigenziale del Ricercatore per poter garantire una reale progressione di carriera di questi lavoratori e la revisione radicale del sistema di valutazione della ricerca del MinSal secondo i più recenti parametri internazionali e l'impatto clinico-traslazionale.

Autore per la corrispondenza: Rossi Teresa - ARSI - Associazione Ricercatori in Sanità - Italia -
Email: arsi.segreteria@gmail.com

19. Impatto della pandemia COVID-19 sulle patologie psichiatriche in emergenza nell'Azienda Ospedaliera di Alessandria

Ugo Francesca, Prelati Massimo, Santinon Patrizia, Ciappolino Valentina Barbara, Bellini Roberta, Roveta Annalisa, Maconi Antonio

Azienda Ospedaliera SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria

BACKGROUND. La pandemia da COVID-19 ha messo a dura prova il sistema sanitario globale. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel primo anno della pandemia da Covid-19 la prevalenza globale di ansia e depressione è aumentata del 25%. Uno studio italiano pubblicato nel 2022 su "Annals of General Psychiatry" che ha coinvolto medici di varie specialità, ha evidenziato un aumento del disagio psichico tra i pazienti.

OBIETTIVI. Valutazione dell'impatto a medio-lungo termine della pandemia da COVID-19 nell'ambito della salute mentale presso l'Azienda Ospedaliera di Alessandria (AO AL).

METODI. Interrogazione del database amministrativo relativo al periodo 2019-2022 in merito a: Accessi in Pronto Soccorso (PS) con diagnosi di patologia psichiatrica suddivisi come "Agitazione Psichiatrica" e "Disturbo Psichiatrico"; Consulenze psichiatriche richieste; Ricoveri presso la Struttura Complessa (SC) di Psichiatria.

RISULTATI. I risultati sono suddivisi per anno e permettono di osservare l'impatto che la pandemia ha avuto sulla salute mentale confrontando il periodo pre-COVID-19 (2019), il periodo pandemico (2020-2021) e il periodo post-COVID-19 (2022). L'andamento degli accessi in PS per sintomi psichiatrici ha registrato un calo del 13% (2020), un aumento del 22% (2021) e del 34% (2022) rispetto al 2019. La distribuzione per genere ha evidenziato un decremento nel 2020 sia nei maschi (16%) che nelle femmine (10%). Mentre per il 2021 e 2022 si osserva un incremento: nei maschi rispettivamente del 31% e 42%, nelle femmine del 12% e del 26%. Gli accessi in PS in funzione all'età hanno evidenziato che rispetto al 2019, la fascia dei 18/20 anni ha avuto un incremento del 64% nel 2022 mentre quella dei 50/60 anni del 104%. Le diagnosi di accettazione rispetto al 2019 mostrano andamenti opposti con un incremento di "Agitazione psichiatrica" del 9% (2020), 45% (2021) e 80% (2022) ed una riduzione degli accessi per "Disturbi psichiatrici" del 39% (2020), 1% (2021) e 12% (2022). Le richieste di Consulenza psichiatrica rispetto al periodo pre-COVID-19 (2019) hanno avuto un incremento del 9% (2020), 25% (2021) e 20% (2022). Dopo una prima riduzione del 7% (2020) delle consulenze in PS, si è osservato un incremento minimo ma continuo dell'8% (2021) e del 12% (2022), mentre l'incremento negli altri reparti rispetto al 2019 ha visto una crescita del 60% (2020) e del 80% (2021) ma una riduzione del 47% del 2022. I ricoveri presso la SC Psichiatria durante la pandemia COVID-19 si sono ridotti del 17% (2020), del 16% (2021) e dell'8% (2023) rispetto al 2019. L'andamento in funzione del genere ha messo in evidenza una riduzione nel 2020 (15% maschi; 18% femmine) rispetto al 2019, ma un trend differente negli anni successivi con un aumento dei ricoveri per i maschi del 3% (2021) e del 13% (2022) e una riduzione nelle femmine del 18% (2021) e del 14% (2022) rispetto al 2019. Le principali Diagnosis Related Groups (DRG) messe a confronto con i dati 2019 sono: "Nevrosi eccetto nevrosi depressive" con crescita del 14%, 29% e 129% nel 2022; "Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi" con una iniziale riduzione del 21% nel 2020 e una successiva crescita del 45% e del 110%; "Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa" con una riduzione del 43%, 65% e del 65% nel 2022; "Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa" con un primo incremento del 5% nel 2020 e una riduzione del 45% e 60% nel 2022. Mentre si osserva una riduzione graduale delle "Psicosi" del 17%, 21% e 24% rispettivamente dal 2020 al 2022.

LIMITI. I limiti dello studio sono legati a diversi aspetti quali: l'effetto del COVID-19 protrattosi anche nel 2022; l'accesso al PS non è solo per urgenze ma anche per codici minori; non tutti gli accessi in PS sono esitati in una consulenza in relazione al prevalere di altri sintomi durante la degenza in PS che hanno reso differibile la valutazione psichiatrica ad una fase successiva, dopo ricovero in altro reparto; in minima parte le consulenze non sono state effettuate per allontanamenti volontari.

CONCLUSIONI. I dati raccolti, in accordo le evidenze dell'OMS, confermano un incremento delle richieste di assistenza per sintomi psichiatrici e di come la pandemia COVID-19 abbia impattato negativamente sulla salute mentale degli italiani come nella popolazione mondiale. Questo incremento mette in evidenza, quanto già riportato dal 5° Rapporto GIMBE sul SSN, ossia la necessità di una maggiore attenzione alla salute mentale con: politiche di miglioramento dell'offerta sanitaria attraverso percorsi assistenziali definiti; maggiore integrazione tra ospedale-territorio; investimento sul personale sanitario e sua formazione; potenziamento dell'informazione basata sulle evidenze scientifiche e sull'alfabetizzazione sanitaria della popolazione.

Autore per la corrispondenza: Ugo Francesca Enrica Bruna - Azienda Ospedaliera Nazionale SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo - Email: fugo@ospedale.al.it

ABSTRACT NON SELEZIONATI

ABSTRACT NON SELEZIONATI

20. **La Presa in Carico Riabilitativa (PCR) e la stesura del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) in Tele Medicina nel contesto delle Aree Interne della Val Bisagno e Val Trebbia nel territorio di ASL 3 Regione Liguria**
Simonini Marina, Gottingi Luca, Pareto Luisa
21. **Team Targeting zero!**
Alati Alessandro, Capriotti Lorenzo, D'andrea Federica, Gallese Giulia, Martini Ada, Moro Assunta, Santucci Ilaria, Stornelli Muzio
22. **L'integrazione della telemedicina nella vision della ricerca e dell'innovazione aziendale. L'esperienza dell'Azienda Sanitaria Locale TO3**
Alesina Marta, Presutti Michele, Minniti Davide, Dall'occo Franca
23. **L'infermieristica moderna e le evidenze scientifiche. Esiti della vaccinazione anti SARS-CoV-2 nel personale dipendente dell'AV 4 di Fermo**
Angelini Elisa, Baglioni Isabella, Tufoni Simona, Sarzana Fabio, Marcelli Stefano, Mancini Arianna, Ciarpella Francesca, Gatti Chiara
24. **La cura degli occhi in terapia intensiva: studio retrospettivo**
Angelini Vanessa, Petritoli Fabrizio, Marcelli Stefano, Traini Tiziana
25. **L'impatto del Covid 19 sulla salute mentale degli studenti infermieri**
Bacaloni Simona, Carpano Sabrina, Grillo Claudio, Serafini Alice, Caglini Giovanna, Fiorentini Rita
26. **Attitudine alla professione infermieristica: uno studio osservazionale**
Bacaloni Simona, Fiorentini Rita, Serafini Alice, Grillo Claudio, Caglini Giovanna, Carpano Sabrina
27. **Le malattie professionali in ambiente sanitario durante la Pandemia COVID-19: Indagine conoscitiva Area Vasta n°4 di Fermo**
Baglioni Isabella, Tufoni Simona, Sarzana Fabio, Marcelli Stefano, Gatti Chiara, Mancini Arianna, Ciarpella Francesca
28. **Il ruolo del Coordinatore nella valorizzazione dell'infermiere: confronto tra sanità pubblica e privata**
Bedini Alessia, Fioretti Marco, Gatti Ludovica, Franconi Ilaria, Silvano Raffaele, D'acunto Manuela
29. **Medical See and Treat e Fast Track: un nuovo modello di assistenza. Il progetto di sperimentazione presso il Pronto Soccorso di Marcianise**
Bencivenga Francesco, Napoli Annalisa, Paolo Carmine, Donia Pierluigi, Tumbarello Gaetano, Guarino Maria Teresa, Giordano Mauro, Iodice Vincenzo, Blasotti Amedeo, Russo Ferdinando
30. **Valutazione della conoscenza e consapevolezza del rischio da amianto nei Medici di Medicina Generale in un territorio ad alta incidenza di patologie asbesto correlate**
Bertolotti Marinella, Crivellari Stefania, Cassinari Antonella, Pacileo Guglielmo, Tamburro Manuela, Salzo Angelo, Adesso Carmen, Di Palma Michela Anna, Natale Anna, Maconi Antonio

31. **Il concetto di resilienza nella letteratura infermieristica: una revisione narrativa**
Bonari Alexandru, Di Paolo Domenico
32. **La vaccinazione sequenziale nell'ULSS 9 Scaligera**
Brioni Alessandro, Artosi Erica, Marchiori Francesco, Coffele Viviana
33. **Indagine conoscitiva dei rischi nella pratica clinica logopedica**
Bua Alberto, Collovà Luigi Umberto, Verlanti Girolamo
34. **Strategie organizzative per il rafforzamento di un Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria**
Bulgheroni Paolo, Cherchi Laura, Monzoni Maria Rosa, Perna Rossella, Introzzi Elena
35. **Il Drop Out nel Teledisease Management del paziente anziano con scompenso cardiaco: uno studio fenomenologico**
Canestrone Roberto, Competelli Gianluca, Lizzadro Anna Lucia
36. **Il Rosc assesment, la sindrome da riperfusione: una revisione critica della letteratura**
Canestrone Roberto, Cinaglia Simona, Pioli Matteo
37. **Caregiver burden nello scompenso cardiaco, strategie ed interventi infermieristici: uno studio osservazionale retrospettivo**
Canestrone Roberto, Cinaglia Simona, Padella Francesca
38. **Medicina di prossimità nella ASL 3 di Nuoro. Monitoraggio dei pazienti con la telemedicina e governo del servizio assistenziale con lo sviluppo dei Point Of Care territoriali**
Cannas Paolo , Marchi Eleonora, Vargiu Marta
39. **Fattori che incrementano i livelli di stress negli studenti infermieri**
Cantello Marcello, Bacaloni Simona, Carpano Sabrina, Grillo Claudio, Serafini Alice, Fiorentini Michela, Caglini Giovanna, Fiorentini Rita
40. **Criticità e prospettive della medicina del territorio**
Capra Luigi
41. **Case management degli infermieri di famiglia e di comunità nell'ASST Papa Giovanni XXIII**
Casati Monica, Marchetti Daniele, Cesa Simonetta, Caldara Cristina, Prometti Cinzia, Stasi Maria Beatrice
42. **Riparazione/sostituzione della valvola mitralica in mini-toracotomia: il lavoro dell'equipe di sala operatoria studio descrittivo**
Cataldo Miriam, D'acunto Manuela, Fioretti Marco, Franconi Ilaria, Ripanti Giada, Silvano Raffaele, Valeri Nicoletta
43. **I disturbi del comportamento alimentare tra gli studenti in infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche**
Cecilian Emma, Marcelli Stefano, Traini Tiziana
44. **Valutazione di FAD in area nutrizione: acquisizione di competenze e sviluppo professionale del personale sanitario**
Celenza Francesca, Prete Luciana, Mazzetti Claudia, Carli Roberta, Laudani Valentina, Marino Maria Michela,

Perticarà Barbara, Princivale Sara, Sanna Tiziana, Di Martino Emanuela

45. [Strategie per evitare il ritardo delle prestazioni: il corso per operatori del settore alimentare che producono pasti senza glutine nel periodo COVID](#)
Celenza Francesca, Prete Luciana, Laudani Valentina, Carmando Roberto, Princivale Sara, Mazzocchi Milena, Sanna Tiziana
46. [Tecnologie digitali al servizio della salute e della prevenzione: il progetto DARE](#)
Chiari Lorenzo, Mellone Sabato, Viceconti Marco, Mazzucco Walter, Federici Massimo
47. [Misurazione dei livelli di Digital Health Literacy dei pazienti affetti da cefalea](#)
Cicolini Giancarlo, Pastore Francesco, Comparcini Dania, Maiullari Debora, Galli Francesco, Tomietto Marco, Simonetti Valentina
48. [Le strategie digitali per il miglioramento dell'empowerment del paziente cronico: uno studio cross-sectional multicentrico](#)
Comparcini Dania, Pastore Francesco, Buttiglione Michele, Tomietto Marco, Galli Francesco, Cicolini Giancarlo, Simonetti Valentina
49. [Il coinvolgimento empatico degli infermieri nei contesti di neuroscienze: uno studio mixed-method](#)
Cortese Federico
50. [L'impiego del metodo SBAR per la trasmissione sicura ed efficace delle consegne infermieristiche: una revisione della letteratura](#)
Crescini Valeria, Caporicci Sara, Marchetti Mara
51. [L'importanza della formazione in ambito relazionale per lo studente infermiere: i risultati di un questionario di gradimento a seguito di un laboratorio relazionale](#)
Crescini Valeria, Marchetti Mara, Mercuri Maurizio
52. [Definizione del core competence infermieristico nel contesto clinico-assistenziale di Pneumologia e Semintensiva Respiratoria: Studio Osservazione Trasversale](#)
Crognalletti Andrea, Galli Alessia, Gatti Chiara, Pelusi Gilda, Antognini Paolo
53. [E-Health e telemedicina: l'esperienza della COA e dei medici USCA dell'ASM Matera](#)
Cuscianna Eustachio, Magno Giuseppe, Pulvirenti Sabrina
54. [Le UCA e la riorganizzazione dell'assistenza territoriale](#)
Cuscianna Eustachio, Magno Giuseppe, Pulvirenti Sabrina
55. [il tempo prezioso della sicurezza delle cure](#)
Davolio Federica, Beqiri Fladona, Bellardi Eugenia, Corrado Maria Grazia, Curea Madalina, Gandolfi Nadia, Grisolia Antonella, Manfredini Tania, Medici Roberta, Rognoni Giorgia
56. [La piattaforma di telemedicina "ci prendiamo cura di te": l'esperienza ASL di Rieti alla luce del DM 77/22](#)
De Luca Assunta, Petti Anna, Totaro Michele, Pitorri Mauro, Della Vedova Daniele, Gasparri Cristina, D'Innocenzo Marinella

57. **Disturbi della Nutrizione e Alimentazione: l'innovazione organizzativa per rispondere all'emergenza Post Pandemia COVID. Studio pilota**
Delalio Alessia, Consolati Mauro Domenico, Razzini Cristina, Vita Antonio
58. **Integrazione territorio e Day Hospital Clinica di Malattie Infettive in corso di pandemia per Covid-19**
D'Elia Denise, Ditaranto Leonardo Maria, Ditaranto Pier Paolo, Floreani Manuela, Geminiani Monica, Martini Luca, Prativiera Francesca, Semenzin Tosca, Sovran Valentina, Tascini Carlo
59. **La Business Continuity Plan nel management delle aziende sanitarie: prima esperienza strutturata secondo processi per PDTA ed integrata con un modello di continuità operativa secondo lo standard ISO 22301:2019**
Dell'Atti Lucio, Papa Roberto, Incicchitti Leonardo, Zanni Katia, Zampa Andrea, Caporossi Michele
60. **Qualità e innovazione dei Servizi territoriali: l'esperienza della ASL 8 di Arezzo**
Desideri Enrico, Triggiano Luigi, Randellini Elio, Catarini Massimo, Capra Luigi
61. **La relazione assistenziale nel fine vita. Una revisione narrativa della letteratura**
Di Paolo Domenico, Bonari Alexandru
62. **PBL e Covid 19: risultati di una sperimentazione in modalità e-learning per migliorare le competenze infermieristiche in ambito clinico**
Fiorentini Michela, Gatti Chiara, Pelusi Gilda, Fiorentini Rita
63. **Problem-Based Learning apprendere per problemi: una revisione della letteratura**
Fiorentini Michela, Gatti Chiara, Pelusi Gilda, Fiorentini Rita
64. **Percezioni e opinioni degli infermieri strumentisti sulle competenze infermieristiche avanzate in chirurgia robotica pediatrica**
Franconi Ilaria, Fioretti Marco, Gatti Ludovica
65. **La presa in carico della persona in un blocco operatorio materno-infantile: definizione di un Piano di Assistenza Individuale (P.A.I.) standard del paziente sottoposto ad intervento chirurgico**
Franconi Ilaria, Fioretti Marco, Gatti Ludovica
66. **Modello di analisi dei PDTA di patologia Oncologica per l'efficientamento dei percorsi e l'implementazione dei servizi**
Galis Veronica, Tampellini Marco, Di Girolamo Emilia, Minniti Davide, Dall'Occo Franca
67. **Applicazione del dialogo aperto nei soggetti schizofrenici: una revisione integrativa della letteratura**
Galli Francesco, Fiorella Davide Pio, Comparcini Dania, Tomietto Marco, Pastore Francesco, Galli Federica, Mercuri Maurizio, Cicolini Giancarlo, Simonetti Valentina
68. **Ruolo dell'infermiere nell'assistenza alla persona con anoressia nervosa: una revisione della letteratura**
Galli Francesco, Irene Filomeni, Valentina Simonetti, Marco Tomietto, Federica Galli, Pasquale Palumbo, Francesca Gallone, Alessia Giambartolomei, Giancarlo Cicolini, Dania Comparcini
69. **Carenza di personale e assistenza automatica: l'intelligenza artificiale a supporto delle organizzazioni sanitarie**

Gatti Chiara, Pioli Fabia, Borgognoni Cinzia, Mancini Arianna, Ciarpella Francesca, Parato Vito Maurizio, Soccio Angela, Marcelli Stefano

70. [Cultura della sicurezza del paziente e nuove competenze infermieristiche: una revisione integrativa della letteratura](#)

Gatti Chiara, Pioli Fabia, Borgognoni Cinzia, Galli Alessia, Baglioni Isabella, Tufoni Simona, Soccio Angela, Marcelli Stefano

71. [E-Health e Numero Verde Covid Regione Marche: uno studio osservazionale longitudinale](#)

Gatti Chiara, Celani Linda, Traini Tiziana, Appignanesi Remo, Tagliavento Giuliano, Spagna Maria Flavia, Soccio Angela, Fiacchini Daniel, Marcelli Stefano

72. [Il ruolo della ricerca e l'importanza della formazione continua nell'attività infermieristica ed ostetrica. A che punto siamo?](#)

Gatti Chiara, Pelusi Gilda, Parato Vito Maurizio, Rocchi Renato, De Angelis Matteo, Soccio Angela, Gallone Francesca, Marcelli Stefano

73. [Le origini della Clinical Governance e il confronto tra dirigenza e operatori sanitari: primi passi verso lo sviluppo professionale orientato al miglioramento degli standard of care](#)

Gatti Chiara, Pioli Fabia, Borgognoni Cinzia, Baglioni Isabella, Tufoni Simona, Mancini Arianna, Ciarpella Francesca, Soccio Angela, Marcelli Stefano

74. [L'impatto della Digital Health nei sistemi sanitari: analisi dei vantaggi e delle criticità](#)

Gatti Chiara, Rocchi Renato, Parato Vito Maurizio, Miconi Tania, Boni Mariavirginia, Soccio Angela, Gallone Francesca, Ortolani Sandro, Marcelli Stefano

75. [M-health: ipotesi di uno strumento innovativo per la presa in carico dell'utenza nelle future emergenze sanitarie](#)

Gatti Chiara, Rocchi Renato, Parato Vito Maurizio, Miconi Tania, Boni Mariavirginia, Soccio Angela, Gallone Francesca, Ortolani Sandro, Marcelli Stefano

76. [Personale sanitario e formazione tra diffidenze e barriere verso la ricerca: uno studio descrittivo correlazionale multicentrico](#)

Gatti Chiara, Pelusi Gilda, Parato Vito Maurizio, Rocchi Renato, De Angelis Matteo, Soccio Angela, Gallone Francesca, Marcelli Stefano

77. [Sviluppo professionale e collaborazione tra le diverse figure sanitarie: an added value for the Patient Safety?](#)

Gatti Chiara, Pioli Fabia, Borgognoni Cinzia, Mancini Arianna, Ciarpella Francesca, Baglioni Isabella, Soccio Angela, Marcelli Stefano

78. [Teleriabilitazione cardiologica wireless: nuovi orizzonti per il paziente cardiopatico](#)

Gatti Chiara, Pioli Fabia, Borgognoni Cinzia, Tufoni Simona, Galli Alessia, Parato Vito Maurizio, Soccio Angela, Marcelli Stefano

79. [Implementazione della procedura per il carrello delle intubazioni difficili in un Blocco Operatorio materno infantile](#)

Gatti Ludovica, Franconi Ilaria, Fioretti Marco

80. **La prevenzione del rischio di burnout negli operatori del dipartimento di area critica dell'ASUR Area Vasta 5**
Giandomenico Andrea, Esposito Tommaso, Marcelli Stefano, Traini Tiziana
81. **Indagine osservazionale sulla percezione della volontà a donare organi e tessuti in studenti universitari**
Gianoboli Giulia, Tufoni Simona, De Santis Matteo, Baglioni Isabella, Sarzana Fabio, Ceroni Enrico
82. **Per una sanità digitale inclusiva: co-creazione delle competenze trasversali per l'assistenza sanitaria a distanza**
Giordano Valeria, Corea Gerardo, Sgroi Daniela, Milito Francesca
83. **L'ASL 2 savonese e la rete infermieristica di prossimità**
Giribone Antonella, Cirone Monica, Prioli Damonte Marco
84. **Il soccorso extra-ospedaliero in ambito ostetrico-ginecologico e neonatale: analisi di 697 schede di soccorso**
Grilli Valentina, Tanini Marco, Bruschi Guido, Leone Simona, Di Carluccio Eleonora, Paolini Piero
85. **Gestione trasferimenti intra-extra ospedalieri dei pazienti critici**
Liberati Stefania, Di Paola Antonio, Vitali Roberta, Michelini Martina, Pasquaretta Arianna, Cotticelli Federico
86. **Il Modello LEAN nel Dipartimento di Emergenza**
Liberati Stefania, Rozzi Matteo, Cotticelli Federico
87. **Indagine conoscitiva sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale di persone con disturbi vascolari nel territorio del Distretto sanitario di Civitanova Marche: dalla prevenzione al trattamento**
Liberati Stefania, Marasco Sara, Cotticelli Federico
88. **La gestione degli accessi venosi periferici in pronto soccorso: uno studio cross-sectional**
Liberati Stefania, Fiorentini Rita, Mercoldi Matteo, Cotticelli Federico
89. **Impatto della pandemia COVID-19 sul laboratorio clinico**
Lippi Giuseppe, Perilli Valeria
90. **I test antigenici auto-somministrati come strumento rapido, accurato ed economico per il triage dei pazienti all'ingresso delle strutture sanitarie**
Lippi Giuseppe, Salvagno Gian Luca, Gianfilippi Gianluca
91. **Il sistema Gastropack può ridurre la domanda gastroenterologica? Risultati di un progetto multidisciplinare tra Medici di Medicina Generale e Specialisti sul territorio**
Lodato Francesca, Ceroni Liza, Tassoni Alessandra, Fabbri Cristiano, Tosetti Cesare, Veduti Valerio, De Negri Mario, Roti Lorenzo, Bordon Paolo, Cennamo Vincenzo
92. **L'Infermieristica di Famiglia come chiave per promuovere un'efficiente assistenza sanitaria territoriale community-based: revisione del panorama nazionale italiano**
Mancini Arianna, Gatti Chiara, Tufoni Simona, Baglioni Isabella, Santarelli Adoriano, Marcelli Stefano, Ciarpella Francesca

93. **ParkinsonCare: un servizio di Telenursing per la presa in carico integrata delle persone con Malattia di Parkinson**
Mancini Francesca, Paola Collalto, Noemi Conterio, Daniela Fritzsching, Orientina Di Giovanni
94. **Analisi del pensiero umano dei pazienti oncologici: lo sviluppo professionale degli operatori sanitari nell'attività di caring**
Marcelli Stefano, Rocchi Renato, Gatti Chiara, Parato Vito Maurizio, Soccio Angela, Boni Mariavirginia, Malavolta Alessandro, Traini Tiziana , Rasetti Carlo
95. **Gli indicatori clinici assistenziali: la verifica delle performance e la rilevazione continua degli esiti**
Marcelli Stefano, Rocchi Renato, Gatti Chiara, Parato Vito Maurizio, Soccio Angela , Boni Mariavirginia, Rasetti Carlo
96. **La complessità delle informazioni sanitarie: la documentazione assistenziale come indicatore di qualità e appropriatezza dei sistemi complessi**
Marcelli Stefano, Rocchi Renato, Gatti Chiara, Parato Vito Maurizio, Soccio Angela, Boni Mariavirginia, Parziale Claudia, Rasetti Carlo
97. **Le condizioni latenti all'interno dei sistemi assistenziali complessi: la determinazione della dotazione organica a supporto dei migliori esiti dell'assistenza infermieristica**
Marcelli Stefano, Rocchi Renato, Gatti Chiara, Parato Vito Maurizio, Soccio Angela, Traini Tiziana, Boni Mariavirginia, Rasetti Carlo
98. **Monitoraggio epidemiologico di COVID-19**
Mattiuzzi Camilla, Lippi Giuseppe
99. **Misurazione del carico di lavoro infermieristico correlato alla complessità assistenziale nel setting intensivo cardiologico e cardiocirurgico pediatrico e congenito: analisi degli strumenti in letteratura**
Mazzieri Ludovica, Gatti Chiara, Pelusi Gilda
100. **"MHealth nell'emergenza sanitaria: Revisione della letteratura"**
Messi Daniele, Pasquaretta Arianna, Wròbel Silvia, Giampaolletti Andrea, Diambrini Giulia, Di Silvio Valentina, Belluccini Alessandra, Lampisti Anna Rita, Sarzana Fabio, Adrario Erica
101. **Management del dolore in ambito cardiocirurgico e sviluppo professionale infermieristico: una revisione sistematica della letteratura**
Mozzoni Sara, Marconi Michela, Gatti Chiara , Borgognoni Cinzia, Marchetti Mara, Mercuri Maurizio
102. **La qualità di vita nell'assistito stomizzato: studio osservazionale**
Muratori Costanza, Tufoni Simona, Baglioni Isabella, Sarzana Fabio , Ceroni Enrico
103. **Survey sulla gestione del paziente Covid-19 nei servizi di radiologia**
Nicolò Marco , Angie Devetti, Risoli Camilla, Adraman Altin, Rigott Irene Gertrud, Tombolesi Alessandro, Migliorini Matteo, Di Feo Daniele, Di Naro Angelo, Martini Chiara
104. **Analisi dell'impatto economico e sociale della revoca temporanea dei brevetti farmaceutici per le cure delle patologie Long-COVID**
Paladini Molgora Silvio, Damiano Michael, Galbiati Massimo, Bulgheroni Paolo, Tettamanzi Elena

105. Fibrillazione atriale e telenursing: uno studio osservazionale prospettico

Parato Vito Maurizio, Guarnieri Francesca, Marcelli Stefano, Traini Tiziana, Rocchi Renato, Soccio Angela, Gatti Chiara

106. L'automazione della logistica ospedaliera del farmaco come strumento di riduzione del time consuming e ricollocamento delle risorse umane su attività a "valore aggiunto"

Pardossi Stefania, Pennone Evelyn, Carcieri Chiara, Bosio Agnese, Marengo Chiara, Vitale Arianna, Azzolina Maria Carmen, Dall'acqua Maurizio Gaspare, Gasco Annalisa

107. Burocrazia VS centralità del paziente: gli impedimenti delle attività del caring infermieristico

Parziale Claudia, Toracchio Vanessa, Gatti Chiara, Rochi Renato, Parato Vito Maurizio, Soccio Angela, Boni Mariavirginia, Rasetti Carlo, Marcelli Stefano

108. Soddisfazione dei pazienti affetti da sclerosi multipla rispetto ai trattamenti farmacologici, studio trasversale multicentrico

Pastore Francesco, Simonetti Valentina, Locorotondo Teresiana, Tomietto Marco, Galli Francesco, Cicolini Giancarlo, Comparcini Dania

109. Empowerment in sanità: presentazione dell'approccio in un Servizio di Igiene e Sanità Pubblica

Perna Rossella, Cherchi Laura, Bulgheroni Paolo

110. Promuovere un'assistenza sanitaria ad elevato value: learning in hospitalization organization & management

Petracca Giovanni

111. Covid-19 come fattore predisponente per il diabete mellito? Uno studio retrospettivo

Piersanti Manuela, Traini Tiziana

112. Modello interprofessionale di valutazione, accesso e presa in carico di pazienti assistibili all'interno dell'Ospedale di Comunità di Scandiano, Reggio Emilia: progetto di implementazione

Pignatti Fabio, Costantini Luigi, Valle Davide, Ferrari Ilaria, Gazzaneo Gabriele, Lavecchia Vincenzo, Marazzi Pier Luca, Greci Marina, Ferri Marco

113. Formazione in Farmacovigilanza in Neuropsichiatria Infantile (NPI) e risultati

Regnicoli Februa, Monti Guarnieri Nicoletta, Garzone Angela Maria Felicita, Cesaroni Elisabetta, Siliquini Sabrina, Pasquini Angelica, Donno Maria Giorgia, Veroli Cristiana, Di Emanuele Anastasia, Ventura Chiara

114. L'efficacia della teleriabilitazione nella disfagia neurologica: revisione della letteratura e proposta operativa

Reverberi Cristina, Castagnetti Elena, Gottardo Giorgia, Battel Irene

115. La gestione del rischio clinico nel paziente disfagico: formazione ad impatto rivolta alle logopediste dell'AUSL di Reggio Emilia

Reverberi Cristina, Rancati Jacopo Matteo, Caroli Roberto, Iaccheri Giulia, Saffioti Angelina

116. Come cambierà il management delle patologie croniche: Progetti e modelli organizzativi per attuare il DM 77/2022 e i possibili ruoli emergenti per il governo della cronicità

Ridolfi Luciana

117. **La percezione all'uso delle contenzioni fisiche nell'assistito anziano: studio osservazionale**
Scarlato Enzo, Tufoni Simona, Baglioni Isabella, Galli Alessia, Marcelli Stefano, Gatti Chiara, Ciarpella Francesca, Mancini Arianna
118. **Supervisione neurogeriatrica in residenze per anziani: spunti di profonda riflessione su farmaci e deprecrizione farmacologica attraverso due progetti eseguiti in epoca pre-Covid**
Schiavo Ferdinando
119. **Artificial Intelligence Medication Management (AIM2)**
Sciacovelli Annamaria
120. **Consapevolezza sulla donazione di organi: una valutazione infermieristica sulla comunità**
Soricetti Eleonora, Tufoni Simona, Messi Daniele, Sarzana Fabio, Ceroni Enrico, Baglioni Isabella
121. **L'impiego della telemedicina nel monitoraggio domiciliare dei pazienti affetti da mieloma multiplo**
Spada Anna Maria, Traini Tiziana, Marcelli Stefano, Manocchi Katia, Galieni Piero
122. **Organizzazione e formazione nelle missioni umanitarie: la realtà ARES OdV**
Storani Giulia, Gabrielli Barbara, Pasquaretta Arianna, Liberati Stefania, Di Paola Antonio, Michelini Martina, Vitali Roberta, Cotticelli Federico
123. **Indagine conoscitiva sulla figura dell'Infermiere Penitenziario**
Tanini Marco, Laudicina Ivana, Leone Simona
124. **La self-efficacy degli infermieri nella gestione dello stomaco**
Tomassini Chiara, Baglioni Isabella, Tufoni Simona, Marcelli Stefano, Mancini Arianna, Ciarpella Francesca, Gatti Chiara, Galli Alessia
125. **Monitoraggio triennale I.C.A. e antibiotico-resistenza nell'ASUR Area Vasta 5**
Traini Asja, Traini Tiziana, Marcelli Stefano
126. **Infezioni batteriche e antibiotico-resistenza: uno studio osservazionale monocentrico**
Traini Tiziana, Marozzi Claudia, Traini Asja, Marcelli Stefano, Viviani Giancarlo, Fortunato Antonio
127. **Strategie in condizioni di carenza infermieristica: la figura dell'Osteopata a supporto della migliore riabilitazione in ambito pediatrico**
Trani Alessia, Gatti Chiara, Marchetti Mara, Mercuri Maurizio
128. **Sviluppo professionale e figure sanitarie a confronto tra nuove conoscenze: l'integrazione tra Infermiere e Osteopata**
Trani Alessia, Gatti Chiara, Marchetti Mara, Mercuri Maurizio
129. **La formazione si deteriora rapidamente; uno studio osservazionale a distanza dal corso formativo**
Tufoni Simona, Baglioni Isabella, Sarzana Fabio, Ceroni Enrico, Belà Monia
130. **La transizione di ruolo da studente a professionista sanitario: studio qualitativo fenomenologico**
Tufoni Simona, Girotti Susi, Baglioni Isabella, Sarzana Fabio, Ceroni Enrico, Tursini Monica

131. Percorso formativo per i professionisti coinvolti nelle case della comunità della provincia di Reggio Emilia (Puianello e Castellarano)

Violi Federica, Riboldi Benedetta, Negri Elisabetta, Ferri Marco, Storani Simone, Lavecchia Vincenzo, Pignatti Fabio, Greci Marina, Natalini Nicoletta

132. Creare valore da un contesto di crisi. Ospedale di Sassuolo: un nuovo patto tra Persona e Azienda, il benessere dell'una è lo sviluppo dell'altra

Vitone Mariangela

133. La rilevazione del work engagement infermieristico correlato al tirocinio clinico degli studenti infermieri

Zadro Marco Junior, Marcelli Stefano, Celani Linda, Traini Tiziana

20. La Presa in Carico Riabilitativa (PCR) e la stesura del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) in Tele Medicina nel contesto delle Aree Interne della Val Bisagno e Val Trebbia nel territorio di ASL 3 Regione Liguria

Simonini Marina, Gottingi Luca, Pareto Luisa
ASL3 Liguria

BACKGROUND. La Strategia Nazionale Aree Interne (agenziacoesione.gov.it) prevede interventi volti al contrasto dell'abbandono dei territori tra cui il potenziamento delle attività sanitarie e il ricorso alla Tele Medicina. La Val Trebbia è una area interna caratterizzata da una superficie ampia e boscosa non facilmente raggiungibile, da insediamenti abitativi sparsi scarsamente popolati con prevalenza di anziani, e da scarsa connettività. La popolazione dell'area non ha un servizio di Riabilitazione.

OBIETTIVI. Implementare l'offerta sanitaria con l'attivazione di un ambulatorio di Riabilitazione ideando una modalità di Presa in Carico Riabilitativa (PCR) per la stesura del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) in cui il medico fisiatra in ospedale è connesso da remoto con il fisioterapista in presenza nella piastra ambulatoriale. La sede ospedaliera è ad Arenzano e l'ambulatorio a 57 Km di distanza a Torriglia che è centrale rispetto all'area e può garantire l'accoglienza e il supporto tecnologico necessari.

METODI. Il progetto pilota è stato possibile grazie a: -sistemi informatici dedicati: da tutte le postazioni aziendali sono fruibili gli applicativi per refertazione, prenotazione, prescrizione, consultazione immagini ed esami e fascicolo sanitario elettronico secondo GDPR -dispositivo Giraff di EMAC: sistema di comunicazione robotizzato che consente visite virtuali, per supervisione e per interazione sociale a distanza. Grazie alla guida da remoto (spostamenti nella stanza, ingrandimenti e inclinazione della telecamera) Giraff consente la valutazione del movimento e delle capacità funzionali residue del paziente. -riorganizzazione del personale e degli spazi aziendali -protocollo di valutazione svolto con il supporto del fisioterapista prende spunto dalle Linee Guida della Mayo Clinic (E.R. Laskowski, The Telemedicine Musculoskeletal Examination Mayo Clin Proc. 2020;95(8):1715-1731) e contiene una sequenza di movimenti passivi, attivi e test codificati. -questionari di gradimento e di sondaggio circa la dotazione e l'utilizzo delle tecnologie al domicilio.

RISULTATI. Da maggio 2021 al dicembre 2022 sono stati presi in carico 70 pazienti a cui sono seguite circa 1500 prestazioni fisioterapiche in presenza. Hanno compilato il questionario 61 pazienti 23 F, 22 M, nelle fasce di età 18-35: 3 pz; 36-55: 14 pz; 56-74: 31 pz; 75-79: 5 pz; >79: 8 pz. Sono stati calcolati i punteggi medi delle risposte alle 5 domande del questionario di gradimento (VAS 0-10) sia sul totale che suddivisi per fasce di età: 1. informazioni circa modalità di accesso, svolgimento ecc ricevute prima della televalutazione VAS= 9,37, 2. informazioni circa le condizioni di salute e il PRI concordato durante la valutazione VAS= 9,42, 3. qualità dell'immagine e del suono VAS= 9,48 4. come valuta la modalità di presa in carico VAS= 9,43 5. utilizzerebbe in futuro la televisita VAS= 9,51 Riguardo alle fasce di età i punteggi lievemente inferiori sono stati attribuiti dai soggetti più giovani (3pz), forse per maggiori aspettative riguardo alle tecnologie, e i più alti dagli over 79 (8Pz). Nel complesso i punteggi sono risultati elevati e la suddivisione per fasce di età non ha evidenziato grandi differenze. Dal sondaggio è emerso che: 53 soggetti non avevano mai utilizzato la telemedicina, 2 avevano sperimentato una telerefertazione di ECG. 45 soggetti avevano rete internet a casa, 6 soggetti non avevano dispositivi, mentre 17 persone 1 dispositivo, 23 persone 2 dispositivi, 15 persone 3 dispositivi, il più comune era lo smartphone. Riguardo all'utilizzo: 42 soggetti utilizzavano i dispositivi per messaggistica, 42 per ricerche in rete, 38 per email, 32 per pagamenti o acquisti, 3 nessun uso.

LIMITI. Non abbiamo riscontrato particolari limiti ma siamo consapevoli che sarebbe utile implementare il progetto con la possibilità di fornire esercizi in teleriabilitazione al domicilio, cosa che attualmente trova il maggior ostacolo nella scarsa connettività dell'area. Riguardo alla nostra casistica risente di piccoli numeri e di dati non raccolti a scopo di ricerca ma per necessità organizzativa e gestionale.

CONCLUSIONI. È emerso un elevato gradimento dell'iniziativa e la presenza al domicilio di dispositivi il cui utilizzo è tuttavia ridotto. Crediamo quindi che con un programma di adeguato addestramento sarà possibile implementare l'offerta anche con la tele riabilitazione prima in ambulatorio poi al domicilio. Inoltre questo progetto pilota ha consentito ai cittadini della Val Bisagno e Val Trebbia site nel Distretto SS 12 di ASL3 di usufruire di un'offerta sanitaria aggiuntiva e di rispondere al mandato della politica nazionale innovativa di sviluppo e coesione territoriale (SNAI) che mira a contrastare la marginalizzazione ed i fenomeni di declino demografico propri delle aree interne del nostro Paese. Il basso costo implementativo del progetto, la possibilità di applicazione ad altre specialità mediche e la riproducibilità in altri contesti rendono questo progetto idoneo al PNRR.

Autore per la corrispondenza: Simonini Marina - Ospedale Villa Scassi - Sampierdarena di Genova -
Email: marina.simonini@asl3.liguria.it

21. Team Targeting zero!

Alati Alessandro¹, Capriotti Lorenzo², D'andrea Federica¹, Gallese Giulia¹, Martini Ada¹, Moro Assunta², Santucci Ilaria¹, Stornelli Muzio¹

¹Casa di Cura Privata di Lorenzo spa, ²Nova Salus srl

BACKGROUND. Da sempre la gestione delle risorse umane, la creazione e soprattutto il mantenimento di un "Team efficace" ha richiesto notevole impegno sia da parte del leader, sia da parte di tutti i membri del team stesso. Non solo! Determinante è anche la capacità del leader e della struttura stessa nel saper attrarre il professionista, ovvero creare le condizioni per favorire e "preservare" l'engagement dei dipendenti stessi. Il nostro progetto mira proprio a realizzare, guidare e stimolare il team, al fine di garantire un miglioramento della qualità assistenziale, unitamente ad un miglioramento delle competenze dei professionisti stessi, così da garantire sicurezza nelle cure, mantenendo, al contempo, un clima ed un ambiente stimolante.

OBIETTIVI. Migliorare la competenza professionale Acquisire esperienza nella formazione ad operatori sanitari Migliorare la qualità delle cure e dell'assistenza Ridurre le infezioni correlate alle procedure assistenziali.

METODI. Attraverso una selezione attenta ed oculata, sono stati scelti 7 infermieri operanti nelle 2 strutture del gruppo Di Lorenzo S.p.a. Dopo alcune riunioni ed un brainstorming è stato realizzato un documento programmatico, unitamente ad un cronogramma e ad una procedura aziendale condivisa. All'interno dei documenti erano presenti le varie attività formative che gli stessi 7 infermieri avrebbero organizzato al fine di formare 30 discenti, in 6 incontri da 4 ore ciascuno. Una volta calendarizzata l'attività formativa, il team leader ha realizzato una griglia di valutazione a doppio binario (valutazione dei membri del team - valutazione dell'apprendimento dei discenti), utilizzando la scala Direct Observation of procedural skills (DOPS). Infine a distanza di 60 giorni dal termine della formazione, nella riunione conclusiva sono stati riportati i risultati relativi alla doppia valutazione.

RISULTATI. L'analisi dei dati ci ha permesso di valutare le capacità di apprendimento da parte dei discenti: l'80% di essi ha raggiunto un livello alto (standard al di sopra del livello base), mentre il restante 20% ha raggiunto un livello di apprendimento standard. Rispetto ai membri del team Targeting zero, tutti e 8 hanno ottenuto dei risultati elevati rispetto alla loro capacità espositiva nello spiegare gli argomenti a loro affidati.

LIMITI. Si è trattato di un progetto sperimentale; la maggior parte dei membri del team non si era mai occupato di formare altri colleghi; mancavano alcune capacità comunicative e di gestione d'aula.

CONCLUSIONI. Sicuramente il progetto è meritevole di apprezzamenti; ci sono tutte le condizioni per migliorarlo, e soprattutto ha permesso di migliorare le competenze e quindi il proprio comportamento professionale, rispetto alla comunicazione sanitaria e soprattutto rispetto alla qualità delle cure.

22. L'integrazione della telemedicina nella vision della ricerca e dell'innovazione aziendale. L'esperienza dell'Azienda Sanitaria Locale TO3

Alesina Marta, Presutti Michele, Minniti Davide, Dall'Occo Franca
ASLTO3

BACKGROUND. L'Azienda Sanitaria Locale TO3 è un'azienda che conta 3 ospedali, 5 distretti e 572.760 abitanti; il territorio che occupa è in larga parte di contesto rurale o montano. In essa lavorano n.3962 dipendenti, n.2456 dei quali ha un ruolo sanitario. La Struttura Semplice "Ricerca e Innovazione" opera nell'ambito della Struttura Complessa "Formazione, Qualità e gestione del rischio clinico delle attività sanitarie" e svolge in via prioritaria le seguenti funzioni: gestione dei progetti di ricerca legati allo sviluppo organizzativo aziendale, coordinamento delle attività e delle iniziative aziendali di progettazione europea, coordinamento delle attività e dei progetti di innovazione e digitalizzazione dei processi di cura con particolare riferimento alle iniziative legate allo sviluppo della telemedicina.

OBIETTIVI. L'Azienda riconosce le attività di ricerca e innovazione come elemento essenziale al proprio sviluppo strategico, e pone l'attività di ricerca tra le funzioni istituzionali proprie, al pari della funzione assistenziale e della formazione, con le quali deve integrarsi; nell'ambito di un programma di governo della ricerca, l'azienda ha strategicamente valutato di favorire ed attivare tutti gli interventi utili per il trasferimento nella pratica di innovazioni efficaci. Con queste logiche, la governance della telemedicina è stata assegnata ad una struttura specifica, che favorisce sia l'integrazione tra i servizi coinvolti, sia il governo dei processi in cui è implicata la telemedicina.

METODI. Per attuare il governo della telemedicina e dell'innovazione sono stati istituiti due organismi: il "Gruppo di Lavoro per la governance e la gestione dell'implementazione dei progetti di telemedicina in Azienda" e la "Commissione aziendale per la governance delle attività di ricerca e innovazione". La piattaforma di riferimento per la raccolta delle esperienze di telemedicina e innovazione è costituita dalla rete intranet aziendale, dove è stata istituita una sezione dedicata cui ogni dipendente dell'organizzazione può entrare.

RISULTATI. Il gruppo di lavoro aziendale dedicato alla telemedicina, seguendo il modello guidato dall'innovazione e non del device disponibile in azienda, ha redatto e programmato il Piano Aziendale di Telemedicina biennale, nell'ambito del quale sono state identificate tre linee strategiche (sanitaria, tecnologica e formativa). Attraverso la sezione dedicata dell'intranet è stato possibile raccogliere tutte le esperienze attuate in azienda e censire le progettualità che i direttori delle strutture hanno intenzione di implementare in futuro. La raccolta delle idee progettuali, integrata con le criticità emerse negli audit svolti nelle diverse strutture, ha reso possibile la pianificazione del secondo Piano Aziendale di Telemedicina.

LIMITI. La linea strategica relativa all'ambito tecnologico presenta difficoltà nel perseguimento del mandato per almeno due motivi: non è stato dedicato un budget specifico alle attività di telemedicina e vi è incertezza relativa all'applicativo da utilizzare; infatti in ambito aziendale è stato integrato un modulo al software sanitario in uso, che consente l'erogazione di televisite. A livello regionale è in corso la selezione di una soluzione che sarà rilasciata a tutte le aziende sanitarie regionali, con conseguente esigenza di riprogettare e ri-offrire la formazione specifica agli operatori che erogano prestazioni in telemedicina.

CONCLUSIONI. L'esperienza di perseguimento di un modello guidato dall'innovazione e dai processi è risultato vincente in ambito aziendale. In particolare ha ostacolato l'ingerenza delle software house e delle case farmaceutiche che, facendo pressione sugli operatori per l'acquisizione delle proprie tecnologie, avrebbe impedito lo sviluppo di un progetto di sistema. Il Piano Aziendale di Telemedicina, nelle sue tre linee strategiche, viene implementato rispettando il cronoprogramma indicato e secondo i compiti stabiliti nell'ambito di una matrice di responsabilità condivisa.

23. L'infermieristica moderna e le evidenze scientifiche. Esiti della vaccinazione anti SARS-CoV-2 nel personale dipendente dell'AV 4 di Fermo

Angelini Elisa¹, Baglioni Isabella², Tufoni Simona², Sarzana Fabio², Marcelli Stefano², Mancini Arianna³, Ciarpella Francesca³, Gatti Chiara⁴

¹ASL AL, ²Univpm, ³AST Fermo, ⁴Ospedali Riuniti di Ancona

BACKGROUND. Il COVID -19 ha avuto un notevole impatto sulla società, mettendo in crisi la stabilità del SSN. Il Ministero della Salute ha dato inizio ad una campagna vaccinale per contrastare l'epidemia. Studi hanno evidenziato alta efficacia per Comirnaty® con titoli anticorpali relativamente stabili per almeno 5 mesi

OBIETTIVI. Valutare la risposta anticorpale a 120 e 180 giorni nei professionisti sanitari dell'AV4 di Fermo che hanno completato il ciclo vaccinale con Comirnaty® (Pfizer-Biontech) ed evidenziare correlazioni con variabili come sesso, età, fumo e diabete.

METODI. è stato realizzato uno studio longitudinale prospettico mediante il dosaggio delle Ig a 120 e 180 giorni dal completamento del ciclo vaccinale (seconda dose effettuata tra 18/1 e 31/3/2021) a partecipazione volontaria e somministrazione di un questionario per dati anamnestici ed eventi avversi potenzialmente coinvolti nella risposta umorale. La concentrazione assegnata dello Standard Internazionale per il dosaggio delle IgG è una unità arbitraria di 1.000 unità di anticorpi leganti (Binding Arbitrary Unit o BAU) per mL. I risultati dei pazienti sono interpretati come negativi quando hanno valori < 13,0 BAU/ml. I dati ricavati sono stati elaborati con : -"The jamovi project (2021).jamovi.(Version 2.0)(Computer Software). Retrieved from <https://www.jamovi.org> -R Core Team (2021).R: A Language and environment for statistical computing (Version 4.0) (Computer software). Retrieved from <https://cran.r-project.org> (R packages retrieved from MRAN snapshot 2021-04-01).

RISULTATI. Il campione è composto da 1115 soggetti (F 69,1% -M 30,9%). Età min. 23 – max 67 ? I fumatori sono il 23,8 ? Il 33% del campione presenta comorbidità con prevalenza dell'11% per il diabete . asma bronchiale (13,4%) ed ipertensione (41,1%) I positivi al Covid prima della prima dose di vaccino sono 8,3% Hanno manifestato eventi avversi: Dopo la 1a dose il 69,9% (779) Dopo la 2a dose il 72,2% (811) Gli eventi avversi più frequenti sono stati: Dolore nella sede di inoculazione del vaccino(84,7%); Affaticamento: (19,9%) Mialgia e cefalea: (14,5%) Brividi: (26,8%)Linfoadenopatia(5,6%) La durata media degli eventi avversi varia da 1,3 giorni per l'aumento della temperatura corporea >38°, ai 5,5 giorni per la linfoadenopatia Il valore medio IgG a 120 gg è di 906 BAU/ml (min 10 BAU/ml , max > 2080 BAU/ml) (Sd 572). Il valore medio IgG a 180 gg è di 618 BAU/ml (min 4 BAU/ml , max > 2080 BAU/ml) (Sd 530). Dall'analisi dei dati emerge che una risposta immunitaria importante rilevata dal dosaggio delle IgG, sia a 120 che a 180 giorni dalla somministrazione della seconda dose di vaccino SARS-CoV-2 mRNA BNT162b2 (Pfizer-Biontech), salvo rarissime eccezioni. 1- I fumatori(F) hanno mantenuto una media più bassa di IgG sia a 120 giorni(F = IgG 787 BAU/ml contro 906 NF) che a 180 giorni (F= 493 BAU/ml contro 618 NF) 2- La media dei valori delle IgG nei soggetti diabetici(D) risulta essere più bassa sia a 120 giorni(IgG 624 BAU/ml contro 906) che a 180 giorni (495 BAU/ml contro 618). Circa il 60% dei D dichiara eventi avversi in entrambe le dosi contro il 70% dei D. Nei soggetti ND non c'è correlazione con il sesso sia a 120 che a 180 gg dalla II dose; nei D il sesso femminile ha una risposta IgG media > del 9% a 120 gg e > del 22% a 180 gg rispetto al sesso maschile dove la risposta anticorpale risulta essere inferiore alla media del 16% a 120 gg e del 54% a 180 gg 3- . I soggetti con sierologico positivo prima della prima dose hanno un titolo anticorpale più alto sia a 120 gg ((IgG 1718 BAU/ml contro 906) che a 180 giorni (1524 BAU/ml contro 618).

LIMITI. La risposta anticorpale andrebbe valutata ad intervalli successivi periodici e messa a confronto con lo sviluppo della patologia

CONCLUSIONI. I risultati hanno evidenziato una significativa risposta anticorpale minore nei fumatori e nei diabetici sia a 120 che a 180 gg dal completamento vaccinale .Al contrario vi è stato un aumento notevole del titolo anticorpale nei soggetti con sierologico positivo prima della prima dose vaccinale . Il sesso femminile risulta essere un fattore predittivo di risposta anticorpale più robusta. Hanno manifestato eventi avversi il 69,9% degli operatori dopo la 1° dose e 72,2 % dopo la seconda dose ma non si è evidenziata una correlazione significativa di eventi avversi con la risposta anticorpale.

Autore per la corrispondenza: Baglioni Isabella - Ospedale di Civitanova Marche - Email: caposala.isa@libero.it

24. La cura degli occhi in terapia intensiva: studio retrospettivo

Angelini Vanessa¹, Petritoli Fabrizio², Marcelli Stefano¹, Traini Tiziana¹

¹Univpm, ²Asur Area Vasta 5

BACKGROUND. La cura degli occhi è riconosciuta come una pratica infermieristica di base essenziale per i pazienti critici al fine di prevenire le complicanze quali i traumi e le infezioni oculari. L'incidenza di disturbi oculari nella popolazione dei pazienti di terapia intensiva è piuttosto difficile da quantificare, ciò è dovuto a fattori come la scarsa documentazione ed al fatto che, se comparata all'assistenza infermieristica per stabilizzare i sistemi vitali dei pazienti, la cura degli occhi è spesso considerata come di secondaria importanza; tuttavia la Revisione Sistemica condotta da Joanna Briggs nel 2002 rileva che l'incidenza dei disturbi oculari va dal 3,33% al 22% della popolazione ricoverata in terapia intensiva.

OBIETTIVI. Verificare la prevalenza e l'incidenza delle complicanze oculari dei casi di cheratocongiuntivite nella Terapia Intensiva dello Stabilimento Ospedaliero "C.&G. Mazzoni" di Ascoli Piceno nell'anno solare 2019.

METODI. Studio Osservazionale retrospettivo monocentrico. A fini dello studio sono state incluse tutte le cartelle dei Pazienti ricoverati in T.I. sedati, intubati e curarizzati per un periodo maggiore a 48 ore e/o sottoposti a ventilazione meccanica invasiva. Dal 1/01/2019 al 31/12/2019 nella U.O. di Terapia Intensiva dello S.O. "C.&G. Mazzoni" sono stati ricoverati un totale di 225 degenti. Sono state escluse 178 cartelle cliniche, poiché appartenenti a pazienti degenti per un periodo inferiore a 7 giorni. Sono state incluse 29 cartelle. La raccolta dati è stata effettuata rilevando il sesso, l'età, la provenienza, i giorni di degenza, la diagnosi di ammissione, la presenza di malattie metaboliche come il diabete, patologie cardiocircolatorie come l'ipertensione e la presenza in cartella del referto della consulenza oculistica

RISULTATI. Delle 47 cartelle visionate, il 52% (n=24) riguardavano individui di sesso femminile mentre il 48% individui di sesso maschile (n=23). L'età media dei degenti è di 73 anni (Dev. St.15,45), degli uomini (n=26) 82 anni (Dev. St.5,67), delle donne (n=21) 60 anni (Dev. St.14,91); nel campione considerato emerge che le donne degenti nella Terapia Intensiva sono mediamente molto più giovani rispetto agli uomini, il 50% dei degenti di sesso maschile ha un'età =82 anni, il 50% dei degenti di sesso femminile ha un'età =60 anni; inoltre la deviazione standard dei due campioni dimostra che nelle donne, per quanto riguarda l'età, l'indice di dispersione è più elevato rispetto agli uomini, emerge quindi che l'età nel campione femminile è maggiormente variabile che nel campione maschile. Dall'analisi della varianza dei giorni di degenza emerge che mediamente il campione maschile (Media=22; n=26) rimane degente mediamente 6 giorni in più rispetto al campione femminile (Media=16; n=21) e nei dati considerati l'indice di dispersione è maggiore nel campione maschile (Dev.St.= 16,25) rispetto a quello femminile (Dev.St.=12) . Nelle 29 cartelle incluse nello studio la diagnosi ricorrente all'ingresso del paziente è "Insufficienza respiratoria acuta", che riguarda il 55% (n=16) dei degenti, immediatamente dopo la diagnosi "SCA STEMI" che riguarda il 14% (n=4) dei degenti.

LIMITI. Il campione è "non probabilistico" (campione di convenienza), lo studio è monocentrico, e considerato il numero ristretto di cartelle di pazienti inclusi nello studio, i risultati emersi non supportano la costruzione di indicatori di predittività per lo sviluppo delle complicanze oculari nei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva

CONCLUSIONI. È emerso che non esiste una standardizzazione per il trattamento della cura degli occhi, nel paziente comatoso all'interno della U.O. di Terapia Intensiva dello S.O. "C.&G. Mazzoni", e che le cure anche se erogate non vengono registrate. I degenti che hanno sviluppato problematiche oculari erano solo uomini (n=3), in due casi affetti da ipertensione ed in un caso da diabete ed ipertensione, il campione maschile (età media=82) dall'analisi dei dati risulta avere un'età media superiore alle donne (età media=60), inoltre gli uomini risultano portatori di comorbidità quali diabete e/o ipertensione nel 100% dei casi, a differenza delle donne che ne risultano affette nel 94% dei casi. I risultati dello studio mostrano un rischio maggiore di sviluppare problematiche oculari in pazienti di sesso maschile, con un'età media di 82 anni e portatori di comorbidità. Si può affermare, in ogni caso, dai risultati ottenuti dallo studio, che le complicanze che coinvolgono l'occhio nel paziente comatoso, sembrano verificarsi tra il sesto ed il settimo giorno dall'intubazione. La compresenza di diabete ed ipertensione non può essere definito un indicatore di predittività per lo sviluppo delle problematiche oculari. L'incidenza del fenomeno rilevato (10%) si correla con quanto riportato dalla letteratura scientifica che colloca l'incidenza del fenomeno tra il 3,33% ed il 22%. I dati ottenuti da questa indagine, in ogni caso lasciano spazio ad ulteriori studi futuri, con un campionamento numericamente maggiore.

Autore per la corrispondenza: Traini Tiziana - Corso di Laurea Triennale in Infermieristica Univpm - Sede di Ascoli Piceno
- Email: t.traini@univpm.it

25. L'impatto del Covid 19 sulla salute mentale degli studenti infermieri

Bacaloni Simona, Carpano Sabrina, Grillo Claudio, Serafini Alice, Caglini Giovanna, Fiorentini Rita
Univpm

BACKGROUND. La pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto su quasi ogni aspetto della vita moderna e sta avendo un effetto devastante sulla salute mentale e sul benessere degli operatori sanitari a livello mondiale. Nella fase iniziale della pandemia è stato attuato un approccio globale per il contenimento del virus; questo approccio ha comportato restrizioni sociali, isolamento domiciliare, quarantena, distanziamento sociale, chiusura delle scuole, non da ultimo per il settore sanitario e per la formazione universitaria. Il settore sanitario ha assistito notevoli sconvolgimenti durante questo periodo, con un impatto su tutte le aree dell'erogazione della salute, dallo sviluppo delle politiche, alla ricerca, alla pratica clinica e all'istruzione. Il sistema educativo nazionale è stato colpito da misure storiche senza precedenti, con la trasformazione della formazione universitaria a distanza. Questa situazione è particolarmente complessa per il Corso di Laurea in Infermieristica che richiede la formazione pratica. Il personale sanitario è stato colpito sia fisicamente che psicologicamente. L'epidemia di Covid-19 ha causato un grave stress psicologico con sintomi di ansia, depressione, disturbi del sonno e disagio emotivo nei professionisti sanitari in prima linea, i quali si sono trovati esposti a gravi reazioni emotive spesso senza un supporto psicologico. Questo rischio di problemi di salute mentale tra gli infermieri si estende agli studenti infermieri, che effettuano il tirocinio durante la pandemia in condizioni stressanti ma gestiscono anche lo stress dell'apprendimento a distanza. Gli studenti sono preoccupati perché l'interruzione della loro istruzione interferisce con i futuri risultati di carriera e con l'insorgenza di problemi mentali. È fondamentale per i sistemi di formazione infermieristica valutare l'attuale livello di stress e paura tra gli studenti infermieri, poiché questa paura può avere un impatto sui loro atteggiamenti nei confronti della professione infermieristica e potrebbe limitare il desiderio degli studenti di dedicarsi all'assistenza infermieristica in futuro.

OBIETTIVI. Identificare la prevalenza di problemi di salute mentale tra gli studenti infermieri durante la pandemia COVID-19 e a misurare e descrivere l'impatto sulla salute mentale di COVID-19 sugli studenti infermieri

METODI. Per individuare gli articoli di interesse infermieristico sui problemi di salute mentale degli studenti infermieri durante la pandemia di Covid 19 è stata condotta una revisione della letteratura internazionale consultando le banche dati PubMed, Scholar, Cochrane. Sono state utilizzate le seguenti parole chiave: nurse student, Covid 19; mental health; stress and student.

RISULTATI. In Cina, quasi un quarto (24,9%) degli studenti universitari soffriva di ansia a causa dell'epidemia di COVID. Uno studio condotto in Italia durante la pandemia ha messo in evidenza tra gli studenti infermieri un'alta prevalenza di ansia e di preoccupazioni riguardo il percorso universitario. I risultati hanno suggerito che le preoccupazioni relative all'alterazione dell'aula e degli ambienti clinici predicono il benessere psicologico degli studenti infermieri. Studi recenti su studenti universitari suggeriscono livelli elevati di disagio psicologico e la necessità di risorse per la salute mentale. Un'indagine negli Stati Uniti ha rilevato che uno studente universitario su cinque durante il COVID-19 riferisce un decremento del proprio stato di salute mentale. In Vietnam gli studenti di infermieristica sono stati trattati come infermieri sotto la supervisione di tutor e infermieri per gestire casi di COVID-19. Tali attività e responsabilità hanno comportato la paura di infettarsi dal virus e hanno aumentato il rischio di malattie mentali.

LIMITI. Le pubblicazioni sono state vagliate per la pertinenza del titolo e dell'abstract da maggio 2020 a gennaio 2023.

CONCLUSIONI. Molti studenti infermieri porteranno con sé questa esperienza traumatica per un periodo prolungato e alcuni potrebbero sviluppare un disturbo da stress post-traumatico a causa di ciò che hanno vissuto durante questi fatidici momenti. La condizione vissuta dagli studenti richiede interventi che possano minimizzare tali disturbi. Gli esperti di salute hanno trovato vari interventi per prevenire e gestire eventi di stress, depressione e ansia, uno dei quali è la Mindfulness. Tali interventi mirano a evitare l'abbandono del corso di studi e l'insorgenza di patologie invalidanti con conseguenze sull'apprendimento e sulla salute degli studenti. È fondamentale tutelare gli studenti infermieri di oggi che sono la forza lavoro infermieristica di domani; dato che la società dipenderà da loro in caso di future crisi sanitarie.

Autore per la corrispondenza: Grillo Claudio - ASUR Marche - Area Vasta n. 3 Civitanova Marche - Macerata - Camerino
- Email: c.grillo@staff.univpm.it

26. Attitudine alla professione infermieristica: uno studio osservazionale

Bacaloni Simona, Fiorentini Rita, Serafini Alice, Grillo Claudio, Caglini Giovanna, Carpano Sabrina
Univpm

BACKGROUND. La carenza di personale sanitario è un problema di enorme rilevanza. Secondo la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) in Italia mancano oltre 60mila infermieri. Un'immagine distorta dell'assistenza infermieristica influisce sulla qualità e sulla quantità delle persone che scelgono l'assistenza infermieristica come professione. Tra le ragioni che rendono la professione infermieristica poco appetibile per i giovani ci sono: stipendi bassi, alti carichi di lavoro e scarse opportunità di carriera e in aggiunta la mancanza di un adeguato riconoscimento sociale. Lo status di una professione è strettamente associato all'immagine sociale del gruppo che forma quella professione. Utilizzando scale sugli atteggiamenti legati alla professione, sarà possibile misurare gli atteggiamenti degli aspiranti infermieri e dei membri di questa professione. Inoltre, se ci sono atteggiamenti negativi nei confronti della professione, potrebbe essere possibile pianificare e applicare determinati obiettivi educativi per cambiare questi atteggiamenti. In questo modo, gli studenti in infermieristica potrebbero raggiungere atteggiamenti positivi nei confronti della professione durante la loro istruzione, che a loro volta potrebbero contribuire all'aumento del numero di infermieri che sono devoti e appassionati della loro professione.

OBIETTIVI. Il presente studio si propone di misurare gli atteggiamenti nei confronti della professione infermieristica degli studenti iscritti al primo anno.

METODI. Il campione è composto da 75 studenti iscritti al primo anno del Corso di Laurea in Infermieristica di Macerata. Lo studio è stato condotto nel mese di febbraio prima dell'inizio del loro primo tirocinio professionalizzante. Lo strumento utilizzato per misurare gli atteggiamenti nei confronti della professione è l'Attitude Scale for Nursing Profession (ASNP) di Ipek Coban G & Kasikci M. costituito da 40 elementi nei seguenti tre domini: proprietà della professione infermieristica, preferenze rispetto alla professione infermieristica, riconoscimento della professione infermieristica. Le risposte ad ogni item sono ordinate attraverso una scala Likert che va da 1 (fortemente in disaccordo) a 5 (fortemente d'accordo). Sono state, inoltre, richiesti dati anagrafici quali età e sesso e se il corso di laurea in Infermieristica era stato alla domanda di ammissione ai corsi di Laurea delle professioni sanitarie la prima scelta. I dati sono stati elaborati mediante il programma Microsoft Excel. Nella sezione risultati sono riportati gli items ritenuti dagli autori più significativi.

RISULTATI. Hanno compilato in maniera volontaria il questionario 57 studenti (76%). L'età maggiormente rappresentata va dai 19 ai 21 anni (67.7%). Per quanto riguarda il sesso i maschi sono il 17.5% contro l'82.5% delle femmine. Il corso di Laurea in Infermieristica come prima scelta delle professioni sanitarie è del 54.4%. Agli items di seguito riportati sono emerse le percentuali di seguito: "L'infermieristica non può permettersi errori" il 78.9% è moderatamente e fortemente d'accordo. "l'assistenza infermieristica può essere praticata solo con entusiasmo" il 73.7 % è moderatamente e fortemente d'accordo. "L'infermieristica è una professione che richiede una lettura continua e al passo con i tempi" hanno dato parere favorevole l'89.4%. "Ciò che amo di più dell'assistenza infermieristica è l'opportunità che offre di aiutare le persone" e "L'infermieristica è una professione che richiede competenze oltre alla conoscenza" hanno risposto in maniera positiva il 98.2%. "Penso che gli infermieri siano membri indispensabili del personale sanitario" il 98.3% è moderatamente e fortemente d'accordo. "amo la professione di infermiere" l'87.8% ha risposto in maniera positiva. "L'infermieristica è molto vicina alla mia professione ideale" l'80.7% è moderatamente e fortemente d'accordo. "L'infermieristica è una professione che richiede grandi responsabilità" il 96.5% risponde in maniera positiva

LIMITI. Lo studio è stato condotto solo da studenti di primo anno che non hanno iniziato il loro primo tirocinio.

CONCLUSIONI. Complessivamente gli studenti hanno un atteggiamento positivo nei confronti della professione infermieristica. Più della metà degli studenti ha scelto come prima opzione la professione infermieristica come percorso di studi. Anche se il restante degli studenti non era inizialmente motivato ad iniziare questa professione dopo pochi mesi di avvio delle lezioni e delle attività laboratoriali hanno dimostrato un atteggiamento positivo nel futuro ruolo da ricoprire. Come riportato in altri studi tra i fattori che spingono i giovani a scegliere la professione infermieristica, c'è il desiderio di aiutare gli altri e di intraprendere una professione stabile ed economicamente sicura.

Autore per la corrispondenza: Bacaloni Simona - AST Macerata - Azienda Sanitaria Territoriale Macerata -
Email: s.bacaloni@staff.univpm.it

27. Le malattie professionali in ambiente sanitario durante la Pandemia COVID-19: Indagine conoscitiva Area Vasta n°4 di Fermo

Baglioni Isabella¹, Tufoni Simona¹, Sarzana Fabio¹, Marcelli Stefano¹, Gatti Chiara², Mancini Arianna³, Ciarpella Francesca³

¹Univpm, ²Ospedali Riuniti di Ancona, ³AST Fermo

BACKGROUND. Il 21 febbraio 2020 è stato notificato il primo caso di COVID-19 in Italia. Questa nuova patologia ha determinato serie difficoltà per il sistema sanitario e il personale sanitario, da subito, ha avuto un ruolo centrale nella gestione dell'epidemia, dovendo affrontare in prima linea la cura dei pazienti infetti con il conseguente maggior rischio di esposizione. Ciò ha comportato che l'inizio dell'epidemia sia stato caratterizzato da un'elevata diffusione di contagi tra gli operatori sanitari, con percentuali più alte rispetto ai casi registrati nella popolazione generale e che solo dopo svariate settimane si è registrata una riduzione, fino ad una stabilizzazione del dato intorno al 3-4%. Il miglioramento delle conoscenze, l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione mirate, le evidenze scientifiche che si sono consolidate e da gennaio 2021, l'effetto della campagna vaccinale, hanno contribuito a ridurre l'incidenza tra gli operatori sanitari e la via d'uscita dalla pandemia. A marzo 2020 in Italia l'INAIL introduce per la prima volta il Sars-Cov-2 come nuova categoria d'infortunio sul lavoro,

OBIETTIVI. Effettuare un'indagine conoscitiva tra gli operatori dell'Area Vasta 4 di Fermo colpiti da infortuni Inail riconosciuti come correlati al COVID-19 (Sars-Cov-2) tra marzo 2020 ad Aprile 2021, confrontandoli con i dati nazionali ed osservare la risposta anticorpale a 120 e 180 giorni dal completamento del successivo ciclo vaccinale con Comirnaty® (Pzifer-Biontech)

METODI. È stata realizzata una raccolta retrospettiva dai dati amministrativi registrati dalla Direzione dell'AV 4 di Fermo relativi alle infezioni riconosciute al COVID-19 (Sars-Cov-2) nei loro dipendenti. La raccolta dei dati è iniziata il 10 marzo 2020 e si è conclusa il 30 aprile 2021. I dipendenti sono stati poi stratificati per ruolo svolto, ambiente di lavoro, fasce d'età e giornate d'assenza. Successivamente è stata poi effettuata una valutazione anticorpale al completamento del ciclo vaccinale con Comirnaty® (Pzifer-Biontech) mediante dosaggio Ig a 120 e 180 gg dalla 2° dose di vaccino che si è conclusa il 31 dicembre 2021. La concentrazione assegnata dello Standard Internazionale per il dosaggio delle IgG è una unità arbitraria di 1.000 unità di anticorpi leganti (Binding Arbitrary Unit o BAU) per mL.

RISULTATI. Il campione è composto da 201 soggetti (F 64,7% -M 35,3%). Età min. 24 – max 68. Le fasce più colpite sono quella 35-49 (39,3%) e 50-64 (35,8%) che insieme rappresentano quasi il 75% degli infortunati mentre quella dei 18-34 partecipa per il 20,4% e quella dei 64+ raggiunge il 4,48%. I ruoli più colpiti sono: Infermiere(53,7%);Medici(17,5%),OSS(22,3%)Tecnici (6,5%) I maggiori casi si sono avuti nelle U.O. di Medicina (37,8%) e Pronto Soccorso (18%) Chirurgia (7%) Malattie Infettive (4,48%) mentre in ADI solamente 1,4%. La Media dei giorni di assenza è 37,2gg (- 10 ;+ 308) Il primo picco di casi si ha a Marzo 2020 con 57 infortuni(28,3 %) con 2793 giorni assegnati; Tra 10 Dicembre 2020, mese in cui iniziano le vaccinazioni per il personale , e il 31 Gennaio 2021 si hanno 83 casi ma il totale di giorni d'infortunio assegnati è di 2223. Dall'analisi dei dati emerge che: 1- I casi che colpiscono il sesso femminile sono maggiori al maschile ma più bassi rispetto ai dati nazionali (F 64,7% contro 67,4%) – M 35,3% contro 32,6 %) 2- Rispetto ai dati nazionali le percentuali delle fasce d'età colpite dei 35-49 (39,3% contro 36,6 %), quella dei 18-34 (il 20,4% contro 18,9%) e dei 64+ (4,48% contro il 2%) sono superiori mentre le fasce 50-64 (35,8% contro 42,4%) risulta più bassa. 3- La professione più colpita è quella dell'Infermiere con una percentuale molto più alta rispetto la nazionale (53,7% contro 47,9%) 4- Le incidenze maggiori di casi si verificano a marzo 2020 e a gennaio 21 principalmente nelle U.O. i Medicina (28 casi e 18 casi) 5- Vi è una riduzione della curva dei contagi fra gli operatori sanitari (solo 10 casi tra 1/2/21 e il 30/4/21). 6- Sul campione totale il 90% dei colpiti presta servizio nella struttura ospedaliera 7- I soggetti positivi al Covid prima della prima dose di vaccino hanno sviluppato un titolo anticorpale più alto sia a 120 gg (IgG 1718 BAU/ml contro 906) che a 180 giorni (1524 BAU/ml contro 618).

LIMITI. Limitata numerosità campionaria

CONCLUSIONI. I risultati hanno evidenziato che come a livello nazionale, le strutture più interessate dai contagi sono quelle ospedaliere e l'infermiere è operatore più colpito. Le U.O. con più incidenza di casi sono state quelle che tradizionalmente non gestiscono situazioni di malattie infettive. L'inizio della campagna vaccinale iniziata nel gennaio 21 ha portato ad una riduzione della curva dei contagi fra gli operatori sanitari (solo 10 casi tra 1/2/21 e il 30/4/21). Vi è stato un aumento notevole del titolo anticorpale nei soggetti con sierologico positivo prima della prima dose vaccinale

Autore per la corrispondenza: Baglioni Isabella - Ospedale di Civitanova Marche - Email: caposala.isa@libero.it

28. Il ruolo del Coordinatore nella valorizzazione dell'infermiere: confronto tra sanità pubblica e privata

Bedini Alessia, Fioretti Marco, Gatti Ludovica, Franconi Ilaria, Silvano Raffaele, D'acunto Manuela
Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche

BACKGROUND. La salute e la qualità di vita negli ambienti di lavoro, sono diventati temi a cui il management sanitario volge una sempre maggiore attenzione. Il Professionista Infermiere con funzioni dirigenziali ha un ruolo fondamentale nel generare un ambiente lavorativo consono agli obiettivi da perseguire, ovvero la capacità di un'Azienda Sanitaria, non solo di essere efficace e produttiva in termini di salute erogata all'utente, ma anche di crescere e svilupparsi promuovendo e mantenendo un adeguato grado di benessere fisico e psicologico dei sanitari. Le organizzazioni sanitarie devono tenere in considerazione che l'adozione di pratiche normative, procedurali e comportamentali, il sostegno a particolari forme di convivenza e l'adozione di determinati stili di leadership possono contribuire a creare benessere o malessere e influire direttamente sullo stato di "salute" degli infermieri e di tutto il sistema. Molti studi evidenziano una forte correlazione tra il lavoro dell'infermiere e la sua qualità di vita extra lavorativa. Come evidenziato da alcuni di essi il lavoro può diventare una forte causa di stress che si ripercuote sulla vita personale e privata con un aumento del numero di disturbi psico-fisici ed una diminuzione del livello di soddisfazione lavorativa e personale. Il coordinatore infermieristico si applica, attraverso il proprio stile di leadership, nella quotidianità al fine di attivare e valorizzare le potenzialità di altre persone affinché diano il meglio di sé nell'organizzazione per la quale lavorano. Opportuno è specificare che la leadership non va sopravvalutata né, meno che mai, mitizzata. Le organizzazioni vanno convinte che la leadership non è un'arte magica esercitata da pochi eletti, bensì una competenza, un metodo di lavoro che consente di creare relazioni collaborative e motivanti in cui sia possibile portare a compimento le trasformazioni che consentono di muoversi nella direzione attesa.

OBIETTIVI. Questo lavoro si propone di comprendere la valorizzazione che l'infermiere percepisce nell'ambiente lavorativo dove opera, e analizzare le differenze fra un contesto pubblico e privato.

METODI. Lo studio condotto è di tipo qualitativo fenomenologico descrittivo, pluricentrico. Il campione è composto da venti infermieri, dieci per ogni setting lavorativo, reclutati su base volontaria. Lo studio prevede l'utilizzo di intervista strutturata, audio registrata e trascritta, come strumento di raccolta dati. Tutte le interviste sono state condotte, previo consenso degli intervistati. Con tutti i partecipanti vi è poi stato un successivo colloquio orale per validare i concetti emersi dall'analisi dei dati.

RISULTATI. I Dieci infermieri (età media di 35 ± 15) che lavorano in ambito privato hanno mostrato soddisfazione relativa al lavoro in equipe con le altre figure coinvolte nel percorso di cura "circa una volta a settimana ci incontriamo con tutti gli operatori che lavorano con l'utente al fine di ottimizzare il percorso" Meno contenti invece rispetto al confronto tra soli colleghi "facciamo pochissime riunioni e perlopiù ci vengono comunicate variazioni organizzative". Alla domanda "quante volte ti sei sentito valorizzato nel tuo lavoro" la metà risponde in maniera positiva "ci sono stati progetti in cui ci hanno coinvolto per poter dare il nostro contributo". Gli infermieri che lavorano in una struttura sanitaria pubblica (età media 38 ± 10) hanno esplicitato la loro valorizzazione quando è stato cambiato il modello assistenziale "il passaggio da un modello per compiti a piccole equipe ci ha reso più autonomi e quindi ci ha valorizzato maggiormente" Mentre sono univoci a definire "scarsa la collaborazione con altri operatori sanitari" In entrambe le realtà analizzate la maggior parte afferma che "Il coordinatore è di fondamentale importanza per la valorizzazione dell'infermiere".

LIMITI. La differenza generazionale degli infermieri intervistati potrebbe influenzare la percezione della valorizzazione ricevuta.

CONCLUSIONI. Appare evidente come la valorizzazione del professionista infermiere passi inevitabilmente dall'affidamento di responsabilità e di partecipazione al percorso di cura dell'assistito. Il coordinatore infermieristico deve il più possibile delegare valutando le attitudini dei suoi collaboratori, cercando di promuovere sempre di più una rete di comunicazione che permetta di svolgere un lavoro di equipe con responsabilità ben definite in base al proprio ruolo di competenza.

Autore per la corrispondenza: Fioretti Marco - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Email: marco.fioretti@hotmail.it

29. Medical See and Treat e Fast Track: un nuovo modello di assistenza. Il progetto di sperimentazione presso il Pronto Soccorso di Marcianise

Bencivenga Francesco¹, Napoli Annalisa², Paolo Carmine¹, Donia Pierluigi³, Tumbarello Gaetano³, Guarino Maria Teresa⁴, Giordano Mauro², Iodice Vincenzo¹, Blasotti Amedeo¹, Russo Ferdinando⁵

¹ASL Caserta, ²Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", ³Università "La Sapienza" di Roma, ⁴Università degli Studi di Napoli Federico II, ⁵AOU Vanvitelli

BACKGROUND. “Garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali, ai pazienti che giungono in ospedale in modo non programmato, affrontando le situazioni di emergenza e urgenza clinica ed assistenziali, attraverso l’attuazione di tutti i provvedimenti immediati salva vita” è la mission del Pronto Soccorso. Dei 30.309 accessi, registrati presso il Pronto Soccorso (P.S.) di Marcianise, un’elevata percentuale risulta essere relativa a codici di complessità clinico-assistenziale bassa. In questo scenario, il normale funzionamento del Pronto Soccorso viene impedito dalla sproporzione tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pazienti in attesa e in carico, e le risorse disponibili, fisiche e/o umane e/o strutturali, necessarie a soddisfarla. Recenti studi hanno dimostrato che la gestione dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso con problematiche minori in un’area dedicata, gestita da infermieri specificamente formati che operano nel rispetto di protocolli clinico – assistenziali condivisi tra medici ed infermieri, ha consentito di ridurre i tempi di attesa per la visita medica ed il tempo di permanenza nel Dipartimento di Emergenza, con un significativo aumento del livello di soddisfazione del paziente ed il mantenimento di adeguati standard di qualità dell’assistenza.

OBIETTIVI. Il progetto di sperimentazione condotto presso il Pronto Soccorso di Marcianise è nato con l’obiettivo di ricercare nuove soluzioni per affrontare la presa in carico dei pazienti ed assicurare maggiore attenzione alle persone con fragilità tramite una migliore gestione della casistica di chi accede al PS. Il Medical See and Treat rappresenta una possibile strategia di risposta al sovraffollamento nei Pronto Soccorso, ponendosi come principale obiettivo la riduzione del tempo di attesa per i casi a bassa complessità.

METODI. Il Medical See and Treat è un modello di risposta assistenziale ad urgenze minori che si basa sull’adozione di specifici protocolli medico-infermieristici per il trattamento di problemi clinici preventivamente individuati. In questo modello organizzativo, applicabile alla gestione della casistica a bassa intensità di cura e di complessità diagnostico-organizzativa, il paziente viene preso in carico in una determinata area del Pronto Soccorso (Treat Room) idonea allo svolgimento delle funzioni previste dai protocolli medico-infermieristici approvati dalla Direzione Sanitaria, dove l’infermiere in possesso di formazione specifica applica le procedure del caso e, previa condivisione con il medico, assicura il completamento del percorso. Il modello organizzativo prevede anche il Fast Track in cui l’infermiere di Triage, qualora verificati dopo valutazione la natura monospecialistica del problema ed i criteri di inclusione e di esclusione del modello organizzativo, registra il paziente e lo invia allo specialista di pertinenza, che provvederà alla sua assistenza.

RISULTATI. La sperimentazione di questo nuovo modello, iniziata nel mese di settembre 2022, prevede una prima analisi parziale dei risultati a 6 mesi e 1 anno. Dall’analisi dei risultati dei modelli “medical see and treat” e “fast track” già implementati in altre strutture ospedaliere, emerge, per condizioni di urgenze minori, una riduzione delle attese e del Length of stay (LOS) – tempo di permanenza totale, una % maggiore di pazienti presi in carico rispetto agli accessi ed un migliore indice di overcrowding (NEDOCS). In Toscana, dove il modello è applicato da anni, emerge una riduzione delle attese del 66%, un miglioramento della presa in carico con soddisfazione dei pazienti così come del personale medico ed infermieristico. Non si riportano, inoltre, reingressi né complicanze attribuibili ai protocolli adottati.

LIMITI. Sarà necessario valutare l’effettiva implementazione del protocollo Medical See and Treat e Fast track nel determinare la decongestione del Pronto Soccorso, attraverso gli indicatori, di esito e di processo, utili al monitoraggio della sperimentazione.

CONCLUSIONI. Il Medical See and Treat è un modello clinico-organizzativo che può contribuire ad ottimizzare il processo di cura e a garantire l’appropriatezza delle terapie e l’adeguata presa in carico soprattutto dei pazienti fragili e cronici.

Autore per la corrispondenza: Napoli Annalisa - SIGM - Segretariato Italiano Giovani Medici -
Email: doc.napoli1987@gmail.com

30. Valutazione della conoscenza e consapevolezza del rischio da amianto nei Medici di Medicina Generale in un territorio ad alta incidenza di patologie asbesto correlate

Bertolotti Marinella¹, Crivellari Stefania¹, Cassinari Antonella¹, Pacileo Guglielmo², Tamburro Manuela³, Salzo Angelo⁴, Adesso Carmen³, Di Palma Michela Anna³, Natale Anna³, Maconi Antonio¹

¹Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria, ²Azienda Sanitaria Locale AL, ³Università degli Studi del Molise, ⁴Azienda Sanitaria Regionale del Molise

BACKGROUND. Il territorio dell'Azienda Sanitaria Locale di Alessandria (ASL AL) è caratterizzato da una importante esposizione ad amianto dovuta all'attività, ormai cessata, dello stabilimento Eternit a Casale Monferrato. L'ASL AL assiste, attraverso 281 Medici di Medicina Generale (MMG), circa 400.000 persone. I MMG hanno un ruolo importante nella diagnosi precoce delle patologie asbesto-correlate (asbestos-related diseases – ARDs) e nella corretta gestione del paziente, avendo una buona conoscenza dello stato di salute e del background familiare e occupazionale degli assistiti. Il progetto di ricerca è stato realizzato dal Dipartimento Attività Integrate Ricerca Innovazione (DAIRI) dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria e dell'ASL AL, in collaborazione con il Dipartimento di Medicina e di Scienze della Salute dell'Università del Molise, attraverso il Project Group sulla ricerca in Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta.

OBIETTIVI. Valutare il livello di conoscenza e consapevolezza del rischio da amianto insieme all'esperienza nella diagnosi e gestione di ARDs da parte dei MMG dell'ASL AL. I risultati dello studio potranno, quindi, le basi per considerare l'attivazione di corsi di aggiornamento specifici per MMG.

METODI. Il questionario, composto da 29 domande, validato su un campione di 24 MMG delle province di Alessandria, Campobasso e Isernia è stato autocompilato in forma anonima: online attraverso la piattaforma REDCap (Research Electronic Data Capture) e cartacea. I domini valutati sono stati: conoscenza e consapevolezza del rischio da amianto e delle ARDs; competenza ed esperienza nella diagnosi e gestione delle ARDs; caratteristiche socio-demografiche e informazioni sul carico di lavoro dei MMG. La compilazione è avvenuta in occasione delle riunioni delle Equipe di Assistenza Territoriale (EAT), aggregazioni organizzative di MMG piemontesi che assistono un bacino di popolazione omogeneo per collocazione geografica, accessibilità ai servizi sanitari ed esposizione a fattori di rischio ambientali.

RISULTATI. Tra settembre 2022 e gennaio 2023, 262 MMG (19 non hanno aderito al progetto) sono stati convocati alle riunioni di EAT. Di questi, 232 erano presenti e 216, di cui 56,5% maschi, hanno compilato il questionario (93,1% dei presenti). L'età mediana dei rispondenti è di 60 anni [IQR 42-64] (range: 27-70), il 50,9% segue oltre 1500 assistiti, il 66,2% ha conseguito almeno una specializzazione o il corso di formazione in Medicina Generale; la mediana di attività professionale è 30 anni [IQR 12-35] (range: 1-44). A fronte dell'elevata (94%) percezione della pericolosità dell'asbesto per la salute, l'81,9% ha affermato che la qualità dell'Educazione Continua in Medicina (ECM) su asbesto e ARDs risulta non sufficientemente adeguata e solo il 5,6% ha seguito nell'ultimo anno corsi ECM su questa tematica. Il 50,5% dei MMG rispondenti ritiene che, sia la denuncia sia la compilazione dei certificati medici per malattie professionali, non rientrino completamente nelle proprie competenze; in particolare un grado maggiore di incertezza è stato espresso riguardo alla compilazione dei certificati (missing value: 7.9%). I principali fattori limitanti la segnalazione di malattie professionali sono: mancata conoscenza (50,5%) e difficoltà di espletamento (49,5%) delle procedure burocratiche, complessità dell'elenco delle malattie professionali (38,4%). Solo il 17,1% ha correttamente indicato la procedura di segnalazione dell'asbestosi a INAIL e autorità giudiziaria in modalità telematica. Le modalità di esposizione all'asbesto legate all'insorgenza del mesotelioma sono state così individuate: professionale 84,3%, ambientale 68,1% e familiare 43,1% (per quest'ultima 8.3% missing value). Tra le ARDs, sono state correttamente individuate: asbestosi (95,8%), mesotelioma pericardico (76,9%) e mesotelioma della tunica vaginale del testicolo (51,4%). Il 46,3% dei MMG non ha indicato l'esatta latenza media per il mesotelioma pari a oltre 25 anni.

LIMITI. Il progetto è stato condotto in una ASL in cui negli anni è maturata una rilevante esperienza e conoscenza sulla tematica amianto: l'estensione ad altre aree esposte con minor incidenza di ARDs consentirebbe una valutazione complessiva maggiormente articolata.

CONCLUSIONI. Sebbene la consapevolezza della pericolosità dell'asbesto risulti elevata, i MMG rispondenti ritengono inadeguata la formazione ricevuta. Dai risultati sono, infatti, emerse alcune lacune conoscitive, soprattutto relative alle competenze e procedure legate alla segnalazione dei casi, che evidenziano la necessità di corsi di aggiornamento specifici, al fine di ridurre il divario tra percezione del rischio e conoscenza delle ARDs e della gestione dei casi.

Autore per la corrispondenza: Bertolotti Marinella - Azienda Ospedaliera Nazionale SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo
- Email: mbertolotti@aslal.it

31. Il concetto di resilienza nella letteratura infermieristica: una revisione narrativa

Bonari Alexandru, Di Paolo Domenico
Infermiere

BACKGROUND. Il termine resilienza deriva dal latino “resalio”, che significa retrocedere, rimbalzare. In principio è stato coniato in fisica per indicare la qualità di alcuni materiali che riescono a resistere ad urti improvvisi senza spezzarsi, come l'acciaio. In ambito sanitario ed infermieristico la resilienza indica la capacità di elaborare e far fronte in modo positivo agli eventi traumatici o allo stress, riorganizzando la propria vita dinanzi alle difficoltà.

OBIETTIVI. L'obiettivo di questo lavoro è analizzare ed approfondire il concetto di "resilienza" all'interno della letteratura infermieristica, ricercando non solo le opinioni degli infermieri, ma anche come questa capacità si collega allo stress e al benessere psicologico e come la resilienza influenza l'assistenza infermieristica e in che modo viene a sua volta influenzata.

METODI. Questa ricerca è stata condotta utilizzando la banca dati biomedica PubMed, utilizzando nella stringa di ricerca i termini “resilience” e “nurs” ed applicando gli operatori booleani AND e title; prendendo in considerazione l'intervallo di tempo 2011-2022 ed impostando il filtro free full-text sono stati generati 186 articoli, Gli articoli trovati sono stati in seguito selezionati in base alla pertinenza dell'argomento e tradotti.

RISULTATI. Sono stati presi in considerazione 12 articoli attinenti alla resilienza nella letteratura infermieristica, essi trattavano questo argomento dal punto di vista della professione infermieristica, nell'assistenza ai pazienti, nel benessere degli infermieri e degli studenti infermieri, considerando tale capacità di notevole importanza per far fronte allo stress provocato dalla professione, ai traumi e agli eventi avversi in modo da poter superare in maniera positiva ed efficace tali ostacoli e garantire un benessere psicologico e fisico, un maggior livello di assistenza e soddisfazione. Ciascuno ha un diverso modo di elaborare gli eventi stressanti e di affrontarli, questo spiega le diversità riscontrate nelle esperienze di resilienza da parte degli infermieri, perciò alcuni avevano un basso livello di resilienza che ha determinato un aumento dello stress con conseguenze a livello psicologico, come la sindrome da Burnout o il PTSD (stress post-traumatico), mentre altri sono riusciti a rispondere in maniera efficace e positiva alle avversità senza avere ripercussioni sul proprio benessere. Da questa revisione è emerso che la resilienza non è una capacità esclusiva dei soli infermieri, ma la posseggono anche i pazienti, che si trovano ad affrontare diverse patologie, traumi o eventi stressanti e che richiedono perciò non solo attività assistenziali pratiche, ma anche un supporto sociopsicologico per affrontare queste avversità, facendo leva sulla resilienza e sui meccanismi di coping, per garantire una corretta gestione ed elaborazione della condizione morbosa e del trauma e di tutte le complicazioni e deficit che comportano, non solo per sé stessi ma anche per i familiari. È emerso come l'aver una maggiore resilienza contribuisca ad affrontare i problemi di salute mentale, in particolare la depressione, che sono comuni negli studenti di infermieristica e possono essere correlati agli impegni e allo stress unici del percorso accademico e permette di evitare di sperimentare un coping disadattivo, sentimenti di rifiuto e inadeguatezza.

LIMITI. Si è potuto osservare da questi articoli come la resilienza sia stata considerata una caratteristica sia dei professionisti infermieri, sia degli studenti in formazione che dei pazienti per elaborare le avversità e lo stress a cui vengono sottoposti. È un'abilità che permette di far fronte a tali fattori e rispondere in maniera positiva ed efficace per superarli, così da poter garantire un benessere psicologico e fisico, un maggior livello di assistenza e soddisfazione. Tuttavia, tale studio presenta delle limitazioni, sono stati presi in considerazione un numero limitato di articoli, dato anche il recente interesse sulla resilienza in ambito infermieristico, infatti è emerso come gli articoli attinenti a tale argomento siano aumentati a partire dal 2011, perciò sarebbe utile ricondurre questo tipo di ricerca in futuro, in modo da avere a disposizione maggiori informazioni su questa capacità nella letteratura infermieristica e il suo valore nel permettere di superare le avversità.

CONCLUSIONI. Visto i benefici che comporta, la resilienza andrebbe costruita e rafforzata attraverso l'educazione e la formazione, soprattutto perché questo concetto è ancora poco sviluppato e conosciuto. La resilienza permette all'infermiere non solo di rispondere ai livelli elevati di stress che comporta questa professione, ma consente di migliorare anche il livello di qualità delle cure che fornisce ai malati, quindi un maggior benessere per quest'ultimi e per il sistema sanitario.

Autore per la corrispondenza: Bonari Alexandru - COOSS - Cooperativa Sociale Onlus Marche - Sede di Ancona -
Email: alex.bonari16@gmail.com

32. La vaccinazione sequenziale nell'ULSS 9 Scaligera

Brioni Alessandro, Artosi Erica, Marchiori Francesco, Coffele Viviana
ULSS 9 Scaligera

BACKGROUND. Come previsto dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 i soggetti sessantacinquenni, a partire dalla coorte del 1952, hanno diritto all'offerta attiva e gratuita per la vaccinazione sequenziale PCV13 e PPSV23. Causa emergenza COVID nei primi mesi del 2020, l'attività vaccinale ha subito un differimento di alcune chiamate attive tra cui la vaccinazione sequenziale con il vaccino PPSV23. Con la DGR n. 264 del 15.03.2022, la Regione Veneto ha richiesto di predisporre un piano di recupero delle attività vaccinali ordinarie: pertanto, l'AULSS 9 ha avviato una programmazione per riuscire a vaccinare tutti gli aventi diritto alla vaccinazione sequenziale entro l'anno 2023. Lo scopo di questo lavoro è quello di analizzare i volumi di attività previsti ed identificare un cronoprogramma per il recupero vaccinale.

OBIETTIVI. Recuperare l'attività differita durante la pandemia garantendo l'offerta vaccinale prevista dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale.

METODI. I dati sono stati estratti mediante portale regionale QlikView dove sono stati estrapolati i soggetti attualmente residenti e domiciliati nella provincia di Verona, appartenenti alle coorti dal 1952 al 1956, che hanno aderito alla campagna vaccinale prevista dal PNPV per la popolazione sessantacinquenne. Essendo prevista una vaccinazione sequenziale, sono stati poi individuati tutti i soggetti che avessero già ricevuto la vaccinazione anti Pneumococco 13 Valente.

RISULTATI. I soggetti vaccinati per Pneumococco 13 Valente, appartenenti alle suddette coorti, sono 30.294 (pari ad una copertura vaccinale del 57,70%), di cui 5530 appartenenti alla coorte del 1952 che verranno invitati attivamente, per la vaccinazione anti Pneumococco 23 Valente, entro l'anno 2022. Tutti i soggetti afferenti alle restanti coorti, riceveranno un invito con lettera entro l'anno 2023; essi sono così suddivisi: - 5897 appartenenti alla coorte 1953 - 6223 appartenenti alla coorte 1954 - 6244 appartenenti alla coorte 1955 - 6400 appartenenti alla coorte 1956. Per quanto concerne la coorte 1957, essendo la campagna vaccinale ancora in corso in tutta l'AULSS, verrà contestualmente concordato con l'utente, entro l'anno 2022, un appuntamento per la vaccinazione anti Pneumococco 23 Valente.

LIMITI. Ridotta numerosità del campione.

CONCLUSIONI. Da quest'analisi si evince che entro l'anno in corso verranno invitati attivamente 5530 soggetti appartenenti alla coorte del 1952, oltre a tutta la coorte del 1957 che abbia aderito alla campagna vaccinale. Al fine di recuperare totalmente l'attività differita durante la pandemia COVID-19, nel corso dell'anno 2023, presso le sedi vaccinali dell'AULSS 9, verranno invitati 24.764 ultra sessantacinquenni, oltre alla coorte del 1958 che sarà regolarmente chiamata come previsto dal PNPV.

33. Indagine conoscitiva dei rischi nella pratica clinica logopedica

Bua Alberto¹, Collovà Luigi Umberto², Verlanti Girolamo³

¹Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, ²Gruppo Gheron srl, ³Centro Serapide spa

BACKGROUND. La gestione del rischio clinico in sanità, nota come clinical risk management, è l'insieme di azioni per migliorare la qualità delle cure e garantire la sicurezza dei pazienti. Negli ultimi anni, l'Italia ha compiuto progressi nella sicurezza dei pazienti con il sistema di segnalazione degli eventi sentinella, l'educazione e formazione, la promozione degli stakeholder e l'esame delle problematiche legali e assicurative. L'errore è ineliminabile, ma deve essere considerato come "fonte di conoscenza e miglioramento" per prevenirne la ripetizione e presidiare la sicurezza dell'assistenza sanitaria. Tuttavia, non esiste un'area di attività sanitaria a "rischio zero" e gli studi sulla gestione del rischio nella riabilitazione sono rari.

OBIETTIVI. Lo studio si connota come indagine statistica osservazionale trasversale per indagare l'esistenza del rischio clinico in logopedia. La rilevazione è stata effettuata su un campione di professionisti operanti nel settore.

METODI. Il presente studio ha lo scopo di analizzare la presenza di rischio clinico nella logopedia, identificando gli errori più comuni e le possibili cause. La ricerca è stata condotta con un'indagine statistica trasversale, utilizzando questionari somministrati a logopedisti operanti in tre regioni italiane (Veneto, Campania e Sicilia). I destinatari dello studio sono stati logopedisti sia dipendenti che liberi professionisti, che lavorano in strutture pubbliche, private e/o convenzionate. Il questionario è stato strutturato in due sezioni: la prima raccoglieva informazioni demografiche sui partecipanti, mentre la seconda si concentrava sulla consapevolezza dei rischi clinici e sulla frequenza di errori specifici. Gli intervistati sono stati invitati a rispondere a domande sulla loro conoscenza del rischio clinico nella logopedia, sulla frequenza con cui si verificano determinati errori e su altri errori che ritenevano importanti segnalare. I risultati dell'indagine sono stati raccolti e analizzati utilizzando il software Microsoft Access e l'analisi dei risultati è stata effettuata per misurare gli outcome. Il campione di studio era composto da 234 logopedisti.

RISULTATI. I risultati dell'analisi dei dati raccolti tramite Microsoft Access mostrano che la maggior parte degli intervistati (tra il 33% e il 72%) riscontra spesso errori nella propria pratica clinica in vari ambiti, come la valutazione clinica del problema principale del paziente, l'errore di misurazione di outcome, l'argomentazione logopedica, la terapia, l'uso di ausili, il rispetto per la persona assistita, le norme igienico-sanitarie, e così via.

LIMITI. Nonostante i contributi che lo studio fornisce alla conoscenza della tematica si possono riscontrare alcuni limiti riferiti all'esiguità del campione dovuta alla difficoltà per ottenere l'attenzione e la disponibilità dei logopedisti. Tale campione, non può essere ritenuto significativo o rappresentativo dell'intera categoria professionale dei logopedisti delle tre regioni, ma può solo indicare un andamento, dare l'idea dell'opinione dei logopedisti rispetto all'argomento proposto. Inoltre, costruendo un questionario con risposte chiuse non è possibile indagare in profondità il perché di alcune risposte, o la scelta di un'opzione piuttosto che di un'altra. Con questa ricerca però si può avere un'idea indicativa di quanto siano presenti nella pratica logopedica le diverse tipologie di errori.

CONCLUSIONI. Lo studio ha identificato errori comuni nella pratica clinica dei logopedisti, tra cui la valutazione, la pianificazione del trattamento e l'uso degli ausili. Questi errori sono importanti per la qualità assistenziale fornita ai pazienti e devono essere evitati attraverso l'educazione continua e pratiche cliniche basate sull'evidenza. La ricerca fornisce informazioni preziose per la comunità dei logopedisti e future ricerche dovrebbero indagare i fattori che contribuiscono alle lacune formative in ambito di rischio clinico.

Autore per la corrispondenza: Verlanti Girolamo - Centro Serapide spa - Email: girolamoverlanti@gmail.com

34. Strategie organizzative per il rafforzamento di un Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria

Bulgheroni Paolo, Cherchi Laura, Monzoni Maria Rosa, Perna Rossella, Introzzi Elena
ATS Insubria

BACKGROUND. Il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) della Agenzia di Tutela della Salute dell'Insubria (ATS Insubria) è una struttura con una organizzazione complessa e presenta linee di attività diversificate che attengono ai molteplici settori della prevenzione, anche con un livello di governance nei confronti degli stakeholder territoriali. Il Personale operante presso il DIPS è numericamente significativo (oltre 250 operatori); la presenza di diverse discipline e numerosi profili professionali costituisce una caratteristica peculiare del Dipartimento e rappresenta fonte di vivace confronto e di grande ricchezza. Come per altri settori della sanità pubblica, gli anni della pandemia Covid19 sicuramente hanno stressato l'organizzazione dipartimentale sia in termini di impegno delle risorse che di rimodulazione delle attività in relazione alle priorità di intervento e al coinvolgimento trasversale delle strutture organizzative dipartimentali. Partendo da queste premesse, è stato elaborato uno specifico Piano di riorganizzazione e sviluppo (PRS) del DIPS per il biennio 2023-2024. Il Piano è stato condiviso con la Direzione Sanitaria.

OBIETTIVI. L'obiettivo generale del PRS è anzitutto di implementare, in una logica di "sistema integrato della prevenzione" e di evidence based prevention, l'efficacia delle azioni svolte dal DIPS sul territorio di competenza (Provincia di Varese e una vasta area della Provincia di Como; circa 1.500.000 abitanti). Altri obiettivi del processo di rafforzamento sono il miglioramento dell'efficienza, dell'empowerment degli Operatori e delle condizioni organizzative del DIPS nella sua interezza. In tale prospettiva, il Piano si prefigge di essere uno strumento di previsione della dinamica dipartimentale, proiettata nel lungo termine, costituito da una serie di elementi nei quali è rappresentata l'idea di sviluppo del Dipartimento in una prospettiva moderna, autorevole e coerente con le esigenze del territorio.

METODI. La natura del PRS attiene alle funzioni svolte dal DIPS prendendo in considerazione tutti i differenti aspetti correlati alle attività che il Dipartimento è tenuto a garantire. I principi generali cui il progetto di riorganizzazione e sviluppo aderisce sono: a) favorire l'introduzione e l'attuazione di politiche di governo del sistema della prevenzione quale approccio efficiente e trasparente di gestione dei servizi sanitari; b) orientare l'attività del DIPS secondo un'impostazione omogenea, organica e coerente con i compiti istituzionali assegnati. Nel PRS sono state prese in esame le seguenti aree di intervento: 1) Area organizzativa; 2) Area comunicazione; 3) Area documentale; 4) Area operativa; 5) Area formazione; 6) Area personale; 7) Area gestionale; 8) Area attività strutture; 9) Area relazioni istituzionali.

RISULTATI. I risultati attesi riguardano principalmente i seguenti miglioramenti nella conduzione delle attività dipartimentali: - standardizzazione delle azioni organizzative - razionalizzazione della gestione delle attività - incremento dei "volumi produttivi" e della dimensione delle attività svolte - pianificazione efficace delle strategie operative - ottimizzazione nell'uso delle risorse - definizione corretta del processo decisionale - corretta gestione dei piani di finanziamento correlati al Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici - sviluppo della capacità di misurare e valutare le prestazioni erogate - miglioramento della gestione delle procedure, della documentazione, del sistema informativo e delle reportistiche dipartimentali - efficientamento della struttura amministrativa di supporto, al fine di meglio adeguarla alle attività reali svolte dall'organizzazione - conduzione di attività di formazione coerente con le reali esigenze di aggiornamento degli Operatori - modernizzazione della rete di supporto tecnologica-informatica - miglioramento della comunicazione interna ed esterna - rafforzamento delle relazioni con stakeholder territoriali Per ciascuna delle aree di riorganizzazione sono identificati, a cura della Direzione del DIPS d'intesa con le Strutture Complesse (SC) di riferimento, i soggetti responsabili delle azioni necessarie a sviluppare puntualmente le linee di intervento programmate, congiuntamente al cronogramma di dettaglio delle azioni, definite secondo differenti priorità.

LIMITI. Il monitoraggio dell'andamento delle attività deve essere adeguatamente garantito dalla Direzione Dipartimentale e dai Direttori delle SC. Possono rendersi necessarie azioni di supporto da parte della Direzione Sanitaria, anche per il reclutamento di risorse specifiche per l'attuazione del Piano.

CONCLUSIONI. Le caratteristiche essenziali del Piano riguardano la riorganizzazione, il rafforzamento e lo sviluppo del DIPS. Il risultato atteso è il miglioramento di tutti i settori e le linee di intervento dipartimentali. Il pieno coinvolgimento di tutti gli Operatori appare essenziale per la riuscita del progetto.

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

35. Il Drop Out nel Teledisease Management del paziente anziano con scompenso cardiaco: uno studio fenomenologico

Canestrone Roberto¹, Competelli Gianluca², Lizzadro Anna Lucia¹

¹Inrca-Ancona, ²Univpm

BACKGROUND. Il processo di deospedalizzazione è imperativo per gestire pazienti anziani con malattia cronica complicata da comorbidità; l'informatica sanitaria e, nello specifico, la telemedicina, offre un supporto utile per gestire a domicilio questi pazienti. Nonostante le evidenze scientifiche dimostrino l'efficacia del follow up telematico anche su paziente anziano con HF (Heart Failure) l'opinione pubblica mostra sempre un certo grado di diffidenza rispetto alle tradizionali visite ambulatoriali. È noto che il paziente anziano non è avvezzo al mezzo informatico, di conseguenza l'utilizzo della piattaforma telematica trova ostacoli dettati da pregiudizi e riluttanza di tipo generazionale che possono essere superati con la collaborazione stretta dei caregiver.

OBIETTIVI. L'obiettivo di questo lavoro è cercare di capire quali meccanismi si innescano creando diffidenza e titubanza nella gestione remota. Obiettivo secondario è identificare quali sono gli interventi da effettuare per migliorare il servizio.

METODI. È stato condotto uno studio qualitativo fenomenologico. Tale approccio è focalizzato all'analisi descrittiva retrospettiva e profonda dei vissuti esperienziali dei pazienti nel loro contesto. Sono state effettuate delle interviste semi-strutturate su un campione di 12 pazienti con età media di 82 anni affetti da scompenso cardiaco avanzato e gestiti a domicilio. Sono stati inclusi nello studio i pazienti e i caregiver che hanno abbandonato il follow-up telematico con aspettativa di vita = a 6 mesi. L'indagine si è svolta dopo accurata revisione della letteratura in merito al tema in esame tra gennaio e giugno 2019. Per le interviste è stato utilizzato un registratore portatile ad alta definizione i dati sono stati registrati ed analizzati secondo il metodo misto dell'Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (Smith, Osborne, 2003) fino a saturazione dei dati eliminando progressivamente le ridondanze.

RISULTATI. Sulla base delle informazioni raccolte nell'ambito dell'indagine e dopo trascrizione, lettura e rilettura delle interviste sono stati identificati tre temi emergenti che hanno catturato l'essenza della problematica ricercata. Tuttavia le interviste assumevano sempre più un taglio narrativo e ciò ha permesso di andare in profondità ed identificare i temi suddivisi in aree per facilitarne l'analisi. 1° TEMA: Barriere tecno/informatica, relativa alla diffidenza naturale nell'anziano nei confronti della tecnologia e dell'informatica. 2° TEMA: Barriere funzionali, relativa al ridotto self-care. 3° TEMA: Barriera affettiva, relativa alla fiducia incondizionata negli operatori degli ambulatori tradizionali. Ma ciò che emerge in maniera prepotente dalle interviste è sicuramente la preoccupazione di perdere l'opportunità di godere della compagnia dei figli il giorno di visita ambulatoriale. **LIMITI** Lo studio presenta limiti individuabili nella scarsa rappresentatività del campione e dalla riluttanza di alcuni pazienti e caregiver a concedere interviste. Un altro limite è rappresentato dalla scarsa conoscenza della lingua italiana da parte di alcuni caregiver di origine straniera.

LIMITI. Lo studio presenta limiti individuabili nella scarsa rappresentatività del campione e dalla riluttanza di alcuni pazienti e caregiver a concedere interviste. Un altro limite è rappresentato dalla scarsa conoscenza della lingua italiana da parte di alcuni caregiver di origine straniera.

CONCLUSIONI. La gestione di pazienti con scompenso cardiaco di classe avanzata è sicuramente complessa, rappresenta un problema sentito in tutto il sistema sanitario anche per le ingenti spese che richiede gestire tali pazienti. La telemedicina offre un'ampia gamma di prestazioni erogabili a costo contenuto in grado di garantire un efficace controllo remoto delle più comuni e diffuse patologie croniche. In ambito cardiologico la telemedicina potrebbe ricoprire un ruolo molto importante nella gestione remota dei pazienti con scompenso cardiaco in fase avanzata. Questo studio seppur effettuato su un campione ridotto ha permesso di identificare diverse problematiche relative alla gestione remota. L'analisi dei risultati ha permesso di ridefinire il programma telematico, inserendo soluzioni alternative che rispondono ai bisogni emersi da questa indagine fenomenologica. Si può quindi asserire, senza ogni ragionevole dubbio, che muovere le prestazioni e non i pazienti reinventa la relazione tra operatore e paziente ma di fatto gli permette di rimanere nel suo ambiente di vita.

Autore per la corrispondenza: Canestrone Roberto - INRCA - Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani - Email: roberto.canestrone@libero.it

36. Il rosc assesment, la sindrome da riperfusione: una revisione critica della letteratura

Canestrone Roberto, Cinaglia Simona, Pioli Matteo
Inrca-Ancona

BACKGROUND. L'arresto cardiaco è la cessazione dell'attività meccanica cardiaca confermata dall'assenza di polso palpabile e dalla possibile concomitanza di apnea o respiro agonico. Molti degli arresti cardiaci avvengono improvvisamente, spesso per causa cardiaca naturale e se l'intervallo di tempo dall'inizio dei sintomi alla perdita di coscienza avviene entro un'ora si parla di morte cardiaca improvvisa (MCI). Fra i residenti in Italia, ogni 52 secondi un cuore si ferma, il più delle volte avviene nella fase di fine vita in tal caso la morte, si configura come un evento naturale, atteso ed a volte desiderato. Ma troppe volte quel cuore che si arresta appartiene ad una persona ancora "troppo sana" per morire: nel nostro paese ogni 10 minuti una persona muore per morte cardiaca improvvisa.

OBIETTIVI. Obiettivo di questo lavoro è misurare il fenomeno del ROSC ASSESSMENT e valutare i margini di intervento per favorire la presa in carico globale e l'educazione all'autocura

METODI. I materiali adoperati nella stesura del compendio sono di molteplice natura e con interessamento globale riguardo il paziente cardiologico. Abbiamo utilizzati libri di testo (testo Urgenze ed emergenze Maurizio Chiaranda. Testo infermieristica medico-chirurgica Suzanne C. Smeltze, linee guida European Resuscitation Council 2015, linee guida Advance life support 2015) Per completezza di informazioni abbiamo utilizzato anche le seguenti banche dati: Pubmed, Elsevier con i seguenti indicatori booleani: and, or, not e le parole chiave "cardiac arrest", "post cardiac arrest syndrome", "target temperature management" e "neurological recovery"

RISULTATI. Circa il 70% dei pazienti rianimati con successo da arresto cardiaco (AC) muore prima della dimissione ospedaliera a causa di una condizione fisiopatologica detta "sindrome post-arresto cardiaco". Il ritorno del circolo spontaneo (ROSC) è solo il primo passo verso l'obiettivo di un completo recupero cardiaco. Molti pazienti richiedono un supporto multiorgano ed il trattamento che riceveranno in questo periodo post-rianimatorio influenzerà in modo significativo l'esito complessivo ed in particolare la qualità del recupero neurologico La fase post-arresto cardiaco, inizia già sul posto dove è avvenuto il ROSC, ma una volta stabilizzato, il paziente deve essere trasferito nel reparto più appropriato per continuare il percorso diagnostico, il monitoraggio ed il trattamento. L'algoritmo post-rianimazione sottolinea alcuni degli interventi chiave necessari per ottimizzare le variabili respiratorie, emodinamiche e metaboliche, contemporaneamente alla gestione della temperatura target secondo schemi standardizzati.

LIMITI. I limiti di questo lavoro sono determinati dall'esiguo numero di revisioni sistematiche e metanalisi per determinare l'incrocio dei dati

CONCLUSIONI. L'arresto cardiaco è una complessa condizione associata ad alta mortalità, ma una volta risolti il paziente non sarà incondizionatamente fuori pericolo, in quanto nella fase post-arresto cardiaco si verificheranno una serie di alterazioni significative a livello sistemico che comporta una mortalità nel 2019 ancora alta, presentando prognosi infausta anche nella fase riabilitativa. Tale situazione richiede approcci personalizzati a seconda delle condizioni di base del paziente ed a seconda della durata dell'arresto, dove nelle situazioni maggiormente complicate sarà richiesto un supporto multiorgano e monitoraggi invasivi. La gestione del paziente sarà globale e multidisciplinare dove verrà istruito all'autocura, affinché esso diventi professionista della propria salute, indipendente nell'effettuare controlli ed autogestire la sua condizione clinica e prescinderà oltre che dall'evitare complicanze correlate anche nel permettere e promuovere una riabilitazione cardiaca ed un cambiamento dello stile di vita attuo ad eliminare o ridurre i fattori predisponenti che avevano portato all'evento acuto al fine di diminuire la mortalità nel lungo periodo, permettendo così al paziente di reintrodursi attivamente nella società.

Autore per la corrispondenza: Canestrone Roberto - INRCA - Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani -
Email: roberto.canestrone@libero.it

37. Caregiver burden nello scompenso cardiaco, strategie ed interventi infermieristici: uno studio osservazionale retrospettivo

Canestrone Roberto¹, Cinaglia Simona¹, Padella Francesca²

¹Inrca-Ancona, ²Univpm

BACKGROUND. L'invecchiamento è un fenomeno fisiologico e la comprensione dei suoi meccanismi è diventata un fenomeno di attualità con l'aumento della durata della vita della popolazione. Nonostante i dati epidemiologici la quota di popolazione sopra i 75 anni è scarsamente rappresentata nei trial. Ancora meno rappresentata è la figura del caregiver come protagonista e parte integrante del processo di cura il caregiver non di rado viene colpito dalla sindrome del "fardello" o burden che spesso non viene identificata e può tradursi in esiti di cure inadeguate.

OBIETTIVI. obiettivo primario è quello di analizzare il carico psico-fisico del caregiver e misurare le variabili che ne condizionano la salute. Obiettivo secondario è quello di identificare strategie efficaci di supporto al fine di garantire le condizioni ideali per instaurare la relazione di cura.

METODI. È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo su un campione di convenienza. Sono stati arruolati 30 caregiver con età media di 50.1 anni (st.dev) ed una prevalenza di sesso femminile (88%) L'indagine si è svolta da ottobre 2018 fino a settembre 2019. Per determinare il burden è stato somministrato un questionario validato (CBI) a T0 e T6 sono stati calendarizzati incontri di active aging su modello FLSS per favorire il respite care

RISULTATI. Il carico assistenziale del caregiver del soggetto con patologie croniche può comportare problematiche di tipo psicologico, fisico, emotivo, sociale e finanziario. Gli interventi educativi di active aging su modello FLSS sono risultati efficaci ed hanno contribuito in maniera evidente a ridurre il peso psico-fisico del caregiver. I primi risultati conseguiti hanno permesso di confermare dati già presenti nella letteratura per quanto riguarda gli interventi di educazione terapeutica.

LIMITI. il limite maggiore è rappresentato dal campione ridotto e soprattutto dalla difficoltà di coinvolgere i caregiver che manifestano con il rifiuto a partecipare alle indagini un alto grado di diffidenza

CONCLUSIONI. Vi è attualmente un notevole interesse verso i setting di cura alternativi al ricovero in ospedale, correlato all'aumentata richiesta di posti letto negli ospedali, all'innalzamento dell'età media della popolazione ed alla necessità di contenere i costi sanitari. Il caregiving è complesso e mette a dura prova l'equilibrio psicofisico del caregiver e nella maggior parte dei casi dell'intero nucleo familiare diventa quindi prioritario individuare precocemente i segni di stanchezza psico-fisica che portano all'esaurimento delle risorse residue necessarie alla cura ed intervenire con strategie che favoriscono un periodo di decompressione e di respite -care

38. Medicina di prossimità nella ASL 3 di Nuoro. Monitoraggio dei pazienti con la telemedicina e governo del servizio assistenziale con lo sviluppo dei Point Of Care territoriali

Cannas Paolo , Marchi Eleonora, Vargiu Marta
Asl 3 Nuoro

BACKGROUND. La ASL 3 di Nuoro, con questo progetto vuole iniziare una piccola rivoluzione culturale sulla presa in carico del paziente cronico sul territorio in un'ottica di integrazione Ospedale-Territorio secondo un principio di medicina di iniziativa e di prossimità. Il territorio aziendale è caratterizzato dalla presenza di tanti centri di piccole dimensioni con una geomorfologia complessa, tipicamente montana, ed un sistema viario che rende difficile le comunicazioni interne e l'accessibilità all'assistenza sanitaria. Inoltre la piramide dell'età evidenzia un indice di vecchiaia molto alto. Come patologia di riferimento è stato scelto lo scompenso cardiaco per l'alta diffusione tra i pazienti ultra 65enni. Lo scompenso cardiaco in Italia rappresenta la prima causa di ricovero tra gli ultra 65enni e la prima causa di morte tra le patologie cardiovascolari. La prevalenza di questa condizione cresce in maniera esponenziale con l'età: colpisce meno dell'1% fino a 60 anni e arriva fino al 20% dopo gli 80 anni.

OBIETTIVI. Il progetto ha l'obiettivo di implementare un efficace sistema di medicina di prossimità che si poggia nella riorganizzazione del territorio. Per fare questo abbiamo arruolato 400 pz con scompenso cardiaco che verranno monitorati a distanza con un sistema di telemedicina. La risposta sanitaria verrà garantita attraverso 5 point of care distribuiti sul territorio che gestiranno il paziente direttamente a casa sua oppure in ambulatori dedicati nelle case di comunità di riferimento evitando l'ospedalizzazione del paziente.

METODI. Abbiamo analizzato lo stato di partenza creando un diagramma di flusso che ci ha permesso di individuare alcune possibilità di intervento. Quindi con la creazione del diagramma di Ishikawa abbiamo analizzato le criticità legate al fattore ambiente, persone, processo e materiali. L'intervento successivo si è avvalso dello strumento del diagramma di flusso per l'ideazione del nuovo percorso di presa in carico del paziente cronico con il supporto del telemonitoraggio nell'ambito di una medicina di iniziativa che presidia gli intervalli fra le visite dei medici. Quindi con la matrice di responsabilità abbiamo specificato il cosa si fa, chi lo fa e la tempistica degli interventi. I servizi offerti dal progetto di telemedicina riguardano: il telemonitoraggio domiciliare, la televisita e il telemonitoraggio Point Of Care ovvero la misurazione dei parametri clinici presso 5 ambulatori dedicati sul territorio aziendale. L'erogazione dei servizi di telemedicina viene garantita utilizzando appositi device su tre livelli di assistenza sanitaria: - domiciliare - territoriale - ospedaliero. Il paziente ha la possibilità, tramite lo smartphone in dotazione, di visualizzare la calendarizzazione delle misurazioni dei parametri clinici, i referti generati e di richiedere la televisita. La storia clinica del paziente arruolato nel servizio di telemedicina è consultabile nella piattaforma sia dal personale sanitario, sia dagli operatori della centrale di telemonitoraggio che potranno visualizzare eventuali alert relativi ai parametri misurati e contattare il paziente e/o il personale sanitario. Le azioni strategiche implementate sono: - Istituzione del centro di telemonitoraggio (CTM) con Medico responsabile e personale laico formato che segue il monitoraggio e funge da raccordo con gli operatori sanitari; - Realizzazione da parte della Comunità di pratica di protocolli operativi che definiscano i criteri di arruolamento, Alert e livello di monitoraggio; - Formazione operatori sul funzionamento dei Device, sull'interpretazione degli Alert, sulle azioni consequenziali; - Istituzione nelle Case di Comunità di ambulatori di prossimità (medicina di iniziativa) responsabili del reclutamento e della risposta in caso di Alert positivo; - Formazione dell'utente/caregiver da parte dell'ambulatorio di reclutamento.

RISULTATI. I risultati attesi dall'attuazione del progetto mirano a una riduzione: - dell'incidenza del numero delle ospedalizzazioni per scompenso; - diminuzione di reingressi in ospedale a 30 gg; - diminuzione di accessi in pronto soccorso; - diminuzione mortalità per scompenso.

LIMITI. Si è riscontrata una forte diffidenza da parte degli utenti rispetto al sistema di telemonitoraggio poiché viene vissuto come una intrusione nella sfera privata. Questo ha rallentato la tempistica di arruolamento del paziente.

CONCLUSIONI. Il progetto di medicina di prossimità basato sulla telemedicina, per il controllo dello stato di salute dei pazienti, e sullo sviluppo dei Point Of Care sul territorio, per la risposta sanitaria aziendale, rivoluziona il sistema di presa in carico del paziente. Un cambiamento culturale che avrà delle ricadute importanti in termini di performance sanitarie e coinvolgimento del paziente.

Autore per la corrispondenza: Cannas Paolo - Azienda Ospedaliera Brotzu - Email: cannaspao@icloud.com

39. Fattori che incrementano i livelli di stress negli studenti infermieri

Cantello Marcello¹, Bacaloni Simona², Carpano Sabrina², Grillo Claudio², Serafini Alice², Fiorentini Michela³, Caglini Giovanna², Fiorentini Rita²

¹Ospedale SS Giovanni e Paolo - Ulss 3 Venezia, ²Univpm, ³Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche

BACKGROUND. È stato stimato che coloro che esercitano la professione infermieristica sono esposti ad elevati livelli di stress. Alcune ricerche riconoscono che lo stress è presente anche durante la formazione, dove lo studente affronta situazioni difficili che spesso influenzano sia il suo processo di apprendimento che le condizioni di salute. Lo stress prolungato o elevato può provocare effetti negativi sull'apprendimento, sulle prestazioni cliniche e accademiche degli studenti, nonché sulla salute psico-sociale e sul benessere (Labrague L.J. et al, 2018). In precedenti studi sono stati rilevati fattori di stress specifici per gli studenti infermieri quali: la sofferenza o la morte del paziente, la gestione delle emergenze in ambito clinico, i rapporti con lo staff clinico, la mancanza di conoscenze e abilità pratiche, atteggiamenti negativi del tutor e incomprensione del sovrannumero degli studenti tirocinanti, paura di commettere errori, il divario tra teoria e pratica e poca familiarità con l'ambiente ospedaliero (Gurková E. et al, 2018). L'alta percentuale di drop out negli studenti di infermieristica rappresenta un grande problema. C'è poca ricerca disponibile sulle ragioni per le quali gli studenti abbandonano gli studi. Solo da qualche anno si discute e ricerca sull'abbandono nella formazione infermieristica e benché la prevenzione del ritiro degli studenti dai corsi infermieristici sia di primaria importanza per amministratori ed educatori, su scala mondiale il problema rimane irrisolto. Vi sono poche informazioni sul perché gli studenti infermieri lasciano il percorso di studi. Sono state riportate alcune motivazioni generali per l'abbandono degli studi da parte degli studenti: forte impegno accademico, difficoltà economiche, stress derivante dall'ambiente clinico.

OBIETTIVI. Indagare quali siano le maggiori fonti di stress che si sviluppano durante la formazione infermieristica al fine di individuare le strategie didattiche e tutoriali volte a ridurre i livelli stress degli studenti infermieri.

METODI. È stato condotto uno studio osservazionale cross-sectional, da febbraio ad agosto 2019. I livelli di stress sono stati analizzati attraverso la scala "Avaliação de Estresse em Estudantes de Enfermagem" (AEEE) di Costa, Polak, 2009. La seguente scala è stata somministrata, previa autorizzazione dell'autrice, a tutti gli studenti iscritti al CdI di Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, nelle sedi di Pesaro, Ancona, Macerata, Fermo ed Ascoli. I dati raccolti sono stati soggetti ad elaborazione statistica e trasformati in forma totalmente anonima.

RISULTATI. Attraverso un campionamento di convenienza, è stato arruolato un totale di 646 studenti, 514 femmine e 132 maschi, equamente distribuiti per sede di ateneo e anno d'iscrizione. I risultati dello studio permettono di confermare in parte i risultati della letteratura. Sintomi e percezioni sintomatiche di stress sono effettivamente presenti in notevole parte della popolazione, soprattutto: • Il 32% è preoccupato per il futuro professionale; • Il 38% ha paura di commettere errori durante l'assistenza al paziente; • Il 41% è insicuro e ha paura di sostenere gli esami teorici; • Il 48% soffre della mancanza di tempo libero; • Il 57% dichiara che vi è tempo mancante per il riposo. Dall'analisi degli items, oggetto di studio il tasso più alto di stress si è rilevato tra gli studenti iscritti al secondo anno di corso.

LIMITI. Nonostante lo studio sia multicentrico e il campionamento sia stato eseguito in termini statisticamente corretti, i dati non possono essere generalizzati in quanto i questionari tradotti in italiano non sono stati adeguatamente sottoposti a revisione linguistica e gli strumenti ottenuti non sono stati misurati attraverso l'alpha di Cronbach per valutare l'attendibilità dei dati.

CONCLUSIONI. Il presente studio mostra che buona parte della popolazione studiata è soggetta a sintomatologie e importanti percezioni di stress. I fattori principali, quali: la sofferenza o la morte del paziente, la gestione dell'emergenza in ambito clinico, i rapporti con lo staff clinico, la mancanza di conoscenze e abilità pratiche, il divario tra teoria e pratica sono causa di stress. Intervenire su questi "stressor" potrebbe essere la strategia adeguata al fine di perseguire il successo accademico e aumentare la motivazione degli studenti

Autore per la corrispondenza: Fiorentini Rita - Università Politecnica delle Marche - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Email: r.fiorentini@univpm.it

40. Criticità e prospettive della medicina del territorio

Capra Luigi
Ausl Piacenza

BACKGROUND. La sanità pubblica è in sofferenza per i lunghissimi tempi di attesa delle visite e delle prestazioni specialistiche e per le difficoltà di accesso agli ambulatori dei medici di famiglia e del pronto soccorso: i finanziamenti ed il personale dei servizi sanitari sono insufficienti per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini. Per questo un numero sempre maggiore di persone si rivolge alla sanità privata che è in grande espansione.

OBIETTIVI. Facilitare l'accesso alla sanità pubblica, ridurre i tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, garantire la presa in carico dei pazienti con continuità assistenziale tra l'ospedale ed il territorio, promuovere la prevenzione e la diffusione di stili di vita sani per tutta la popolazione. Bisogna riorganizzare tutto il Sistema Sanitario Nazionale cominciando dalla medicina territoriale, che, come evidenziato dalla pandemia covid-19, è il punto più debole del sistema sanitario pubblico.

METODI. Coordinare l'attività dei Distretti Socio Sanitari con direttori con competenza clinica ed il lavoro degli operatori sanitari con la formazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta e dei Medici Specialisti Ambulatoriali ed infine creare in ogni Casa di Comunità le Unità Complesse Cure Primarie (UCCP) come gruppi multiprofessionali, con dei referenti scelti col gradimento dei colleghi. Le AFT e le UCCP sono previste nella legge Balduzzi 189/2012 ma non sono state adottate in gran parte del territorio nazionale. Per assicurare la continuità assistenziale di 24 ore al giorno nelle Case della Comunità, come prescritto dal DM 77, è necessario modificare gli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) della medicina convenzionata prevedendo il compenso orario dei medici in servizio negli ambulatori, nella guardia medica notturna e nelle Unità di Continuità Assistenziale (UCA). L'informatica offre grandi opportunità per una sanità sempre più interconnessa ed integrata tra il territorio e l'ospedale se si estende il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) a tutta la popolazione e si coinvolge il personale nella ideazione e nell'uso della cartella clinica digitalizzata, come previsto dal progetto della Tessera Sanitaria Elettronica del 2013, ed infine nell'utilizzo della telemedicina, organizzata con il contributo degli operatori sanitari. Il modello operativo di tutto il Servizio Sanitario Nazionale deve ispirarsi alla interconnessione, alla valorizzazione ed alla responsabilizzazione di tutti i protagonisti coinvolti, passando da una organizzazione "piramidale" ad una "circolare". È necessario un ruolo più importante del Ministero della Salute per indicare linee guida, stabilire obiettivi strategici comuni, verificare la gestione amministrativa delle Regioni ed adottare una valutazione qualitativa delle prestazioni con indicatori di processo, di esito e di gradimento condivisi da tutti i protagonisti del servizio sanitario.

RISULTATI. I manager della sanità, applicando criteri amministrativi centralisti e burocratizzati, spesso non lasciano spazio agli operatori che, a loro volta, sovente rifiutano responsabilità gestionali, con il risultato finale di appesantire il funzionamento del sistema sanitario con una burocratizzazione eccessiva e con l'inappropriatezza delle prestazioni. Per garantire un funzionamento adeguato del Servizio Sanitario Nazionale è indispensabile innanzi tutto aumentare il personale sanitario, ora particolarmente carente, formando e reclutando un numero maggiore di infermieri e medici, ora gravemente insufficiente, impiegando risorse finanziarie adeguate.

LIMITI. Per una riforma completa ed efficace delle cure primarie non bastano il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che riguarda principalmente investimenti in strutture edilizie ed in apparecchiature sanitarie ed informatiche, ed il Decreto Ministeriale 77 (DM 77), che si occupa essenzialmente dell'inquadramento del personale.

CONCLUSIONI. Bisogna stabilire la direzione clinica dei Distretti Socio-sanitari, rendere obbligatoria la istituzione delle AFT e delle UCCP in tutta Italia, coordinare e verificare la gestione amministrativa delle regioni da parte del Governo nazionale ed infine adottare al più presto la cartella clinica informatizzata ed il Fascicolo Sanitario Elettronico. Deve diffondersi la convinzione che nella sanità pubblica è sempre più necessario lavorare in rete e quindi la formazione dei dirigenti, dei funzionari e del personale deve essere orientata al lavoro interprofessionale. È infine necessario facilitare i processi di innovazione dell'organizzazione della sanità con la più ampia condivisione possibile delle buone pratiche già sperimentate.

Autore per la corrispondenza: Capra Luigi Capra - Azienda USL di Piacenza - Email: studiodottcapra@gmail.com

41. Case management degli infermieri di famiglia e di comunità nell'ASST Papa Giovanni XXIII

Casati Monica, Marchetti Daniele, Cesa Simonetta, Caldara Cristina, Prometti Cinzia, Stasi Maria Beatrice
ASST Papa Giovanni XXIII

BACKGROUND. L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII di Bergamo, già a seguito della Legge Regionale 11/08/2015, n.23, iniziò a sviluppare progettualità, anche di concerto con l'Agenzia di Tutela della Salute e le altre ASST provinciali, sull'introduzione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), riconoscendone la rilevanza nei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario svolti nel contesto delle cure primarie e sanità pubblica. Il Servizio IFeC venne istituito in azienda sulla spinta della normativa del 2020: inaugurato il 5/11/2020 nel Comune di Bergamo, attualmente il Servizio consta di otto sedi dislocate nel territorio di afferenza, caratterizzato da una parte cittadina e vallare. Nella definizione della modalità di presa in carico si decise, sulla base della letteratura (FNOPI, 2020) e dell'esperienza aziendale, che l'IFeC avrebbe adottato il case management quale "processo collaborativo di accertamento, pianificazione, facilitazione, coordinamento delle cure [...] che incontra le esigenze sanitarie dell'individuo e della famiglia [...]" (Case Management Society of America (CMSA), 2016), una scelta confermata anche dalla successiva normativa, come il Decreto ministeriale n.77 del 23/05/2022 e la Deliberazione regionale N° XI/6760 del 25/07/2022. In seguito il case management degli IFeC dell'ASST si è sviluppato anche nel contesto delle Case di Comunità aziendali.

OBIETTIVI. Analizzare l'attività di case management promossa dagli IFeC dell'ASST Papa Giovanni XXIII.

METODI. Si è analizzata l'attività nel periodo dal 5/11/2020 al 31/12/2022, avvalendosi del database di rendicontazione del Servizio. L'analisi ha incluso sia le attività erogate in presenza sia tramite teleassistenza.

RISULTATI. Nel periodo analizzato le persone prese in carico con la modalità del case management dagli IFeC sono state 1134. Gli accessi sono stati motivati da bisogni sanitari (54,50%), socioassistenziali (42,68%) e sociali (2,82%). Con "sanitari", "socioassistenziali" e "sociali" s'intende la natura del bisogno prevalente ma non si esclude la presenza di problemi di altra natura. Il totale delle attività garantite nella presa in carico di case management si attesta a 27649 e comprendono sia interventi destinati agli assistiti che ai caregiver. Essi sono state aggregati secondo categorie riconducibili a una presa in carico di case management, richiamandone le funzioni definite dal Council for Case Management Accountability (1997), la definizione della CMSA (2016) e una delle attività principali quale l'educazione. Le attività si distribuiscono nelle categorie come segue: valutativa/informativa (28,42%), monitoraggio (54,52%), relazionale (5,51%), educativa (5%) e coordinamento, integrazione e facilitazione dei servizi (6,55%). Dall'analisi sono emerse 30 diverse attività, denominate in base alle codifiche adottate e mutate dal Nomenclatore Tariffario Ambulatoriale Regionale, dalla Nursing Interventions Classification e da Health Portal. Tra le più rilevanti e frequenti si segnalano "prima visita", "educazione alla salute", "consulenza telefonica", "guida al sistema sanitario", "sostegno al caregiver", "monitoraggio dei parametri vitali" e "follow-up telefonico".

LIMITI. Il limite principale del lavoro è la separazione tra il database di rendicontazione e la documentazione, attualmente cartacea e informatizzata, che presenta il rischio intrinseco che una parte, seppur residuale, delle attività documentate non vengano poi rendicontate. Questo rischio potrà essere superato prospetticamente dal consolidamento di strumenti, come il Sistema per la Gestione Digitale del Territorio regionale, che valorizzino codifiche professionali e permettano una puntuale estrazione dei dati. Un altro possibile limite, rappresentato dal rischio di soggettività interpretativa, è stato contenuto attraverso un lavoro preparatorio alla costruzione del database che ha previsto momenti di condivisione e formazione per il corretto utilizzo, l'elaborazione di una legenda e attività di consulenza.

CONCLUSIONI. L'analisi delle attività restituisce un chiaro spaccato di come gli IFeC esercitino pienamente le competenze attese da un case manager e non trascurino nessuna delle sue funzioni, in piena collaborazione con l'équipe multiprofessionale. Il quadro descritto dovrà essere corroborato da costanti misurazioni d'esito rivolte sia agli outcome degli assistiti, come aderenza terapeutica, qualità di vita e customer satisfaction, che dell'organizzazione, come diminuzione delle riammissioni ospedaliere e degli accessi in Pronto Soccorso. L'attività di case management degli IFeC dovrà auspicabilmente continuare a svolgersi in un contesto che promuova, con strumenti informativi, modelli organizzativi e strategie proattive, l'integrazione professionale e la partecipazione nella presa in carico della persona e della sua famiglia.

Autore per la corrispondenza: Marchetti Daniele - Azienda Socio Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII -
Email: danielemarchetti@asst-pg23.it

42. Riparazione/sostituzione della valvola mitralica in mini-toracotomia: il lavoro dell'equipe di sala operatoria studio descrittivo

Cataldo Miriam, D'acunto Manuela, Fioretti Marco, Franconi Ilaria, Ripanti Giada, Silvano Raffaele, Valeri Nicoletta
Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche

BACKGROUND. Il cuore è l'organo centrale del nostro sistema circolatorio. Un suo malfunzionamento è definito scompenso cardiaco e ciò può essere causato da un difetto della valvola mitrale. La valvola mitrale può essere riparata o sostituita attraverso due tipi di approccio chirurgici, uno tradizionale che richiede una sternotomia mediana longitudinale, l'altro mininvasivo prevede un accesso in minitoracotomia anterolaterale destra. Quest'ultima tecnica aumenta la soddisfazione del paziente e ne permette un rapido recupero, questi due aspetti diventano pertanto out come importanti per la persona sottoposta ad intervento cardiocirurgico.

OBIETTIVI. Lo studio descrive l'intervento di sostituzione o riparazione di valvola mitrale con accesso in minitoracotomia anterolaterale destra, mettendo in evidenza come l'approccio multidisciplinare sia fondamentale per raggiungere tutti gli out come del paziente cardiocirurgico.

METODI. Lo studio descrive le fasi dell'intervento cardiocirurgico, prendendo in considerazione l'equipe multidisciplinare del Blocco Operatorio Lancisi dell'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche.

RISULTATI. Il giorno precedente l'intervento vi è un incontro multidisciplinare tra paziente Chirurgo ed Anestesista. Viene illustrata al paziente la procedura chirurgica con gli eventuali rischi e l'utilizzo di farmaci ed accessi venosi focalizzandosi sulla gestione del dolore ed eventuale risveglio ed estubazione in sala operatoria secondo protocollo ERAS. Il giorno dell'intervento l'Infermiere Circolante predispose la sala per l'intervento, controlla il funzionamento dei dispositivi da utilizzare e posiziona una coperta riscaldante sul lettino operatorio ai fini della gestione della termoregolazione. L'Infermiere Strumentista insieme all'Infermiere Circolante controlla la sterilità degli strumenti e si predispose poi alla preparazione del tavolo operatorio ed al controllo del corretto funzionamento dello strumentario chirurgico preservando la sterilità dello stesso. Il Nurse accoglie il paziente ed una volta in sala, con l'Anestesista iniziano il monitoraggio dei parametri vitali, posizionano accessi venosi e arterioso, procedendo poi con l'intubazione orotracheale, il posizionamento del cvc e il monitoraggio di NIRS e BIS. Infermiere di Sala con il Cardiocirurgo posizionano il paziente. La circolazione extracorporea verrà garantita tramite 3 cannule, due venose e una arteriosa. La cannula venosa ed arteriosa verranno posizionate tramite incisione trasversale a livello della piega inguinale mediante tecnica Seldinger e fatte avanzare sotto guida ecocardiografica mentre la cannula venosa viene introdotta tramite la vena giugulare interna di destra utilizzando sempre la tecnica di Seldinger. Le cannule venose serviranno per drenare la parte superiore ed inferiore del corpo durante la Circolazione Extra Corporea (CEC). La posizione delle tre cannule permette al chirurgo di poter lavorare con un campo operatorio esangue e il cuore fermo Viene effettuato il potenziamento anestesilogico con blocco del serrato o muscolo pettorale con tecnica ecoguidata. Durante l'intervento vengono controllati parametri vitali ed emodinamici. Terminata la procedura chirurgica, ad intervento quasi ultimato viene posizionato dal Cardiocirurgo un catetere per infusione di pompa elastomerica della durata di 48 ore. Al termine dell'intervento chirurgico, Anestesista e Infermiere di Anestesia procederanno con l'analisi dei parametri del paziente e si deciderà se ci sono le condizioni adatte per il risveglio e l'estubazione in sala operatoria del paziente.

LIMITI. Non sono presenti limiti rilevanti riguardanti tale studio osservazionale.

CONCLUSIONI. Un intervento di cardiocirurgia rappresenta un evento critico per il paziente e per i suoi familiari. Le aspettative sono mutate nel tempo: oggi la persona assistita si aspetta non solo di risolvere chirurgicamente la patologia per cui viene sottoposto ad intervento chirurgico ma anche di poter tornare in tempi brevi allo stile di vita pre-intervento e la soddisfazione di ciò passa anche attraverso una degenza veloce e priva di dolore. Per quanto descritto è importante che il personale sanitario coinvolto nel percorso chirurgico si preoccupi di sostenere psicologicamente il paziente esaminando con lui i vari aspetti che emergono in tutte le fasi della degenza, sensibilizzandolo al controllo del dolore. Per concludere si può affermare che la procedura chirurgica oggetto dello studio porta notevoli vantaggi per il paziente, nello specifico la riduzione: del trauma chirurgico, del tempo chirurgico, del dolore post-operatorio, del rischio di aderenze, dell'alterazioni dinamiche respiratorie, dei tempi di recupero e ricovero, del rischio di infezione ed infine ridotte conseguenze psicologiche.

Autore per la corrispondenza: D'acunto Manuela - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Email: elektramanu46@gmail.com

43. I disturbi del comportamento alimentare tra gli studenti in infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche

Ceciliani Emma, Marcelli Stefano, Traini Tiziana
Univpm

BACKGROUND. I disturbi alimentari o DCA sono patologie associate all'alimentazione caratterizzate da un'eccessiva preoccupazione per il peso e per le forme del corpo e un'alterazione delle abitudini alimentari stesse. Tali aspetti sono spesso correlati a problemi di bassa autostima provocando una visione errata della percezione della propria immagine corporea. (Peterson K., 2019) Sono gravi disturbi della salute mentale che causano danni alla salute fisica, allo sviluppo, alla cognizione e alla funzione psicosociale e possono passare inosservati per mesi o anni. Sono caratterizzati da un comportamento alimentare disturbato associato a preoccupazioni per il peso e la forma o da disinteresse per il cibo, evitamento fobico o evitamento dovuto ad aspetti sensoriali del cibo. Le forme restrittive di DCA portano a una significativa perdita di peso che richiede un intervento. Senza una conoscenza specifica di queste condizioni, possono eludere il rilevamento, ritardando i tempi di diagnosi e trattamento e potenzialmente influenzando l'esito.

OBIETTIVI. Rilevare la conoscenza di disturbi alimentari tra gli studenti la prevalenza del fenomeno dei DCA, negli studenti iscritti nei sei poli del Corso di Laurea Infermieristica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche.

METODI. Studio Osservazionale trasversale di tipo cross-sectional, no-profit, senza la previsione di approcci terapeutici. Come procedura di studio è stato diffuso il questionario SCOFF® (Morgan, Reid e Lacey, 1999), tramite piattaforma web UNIVPM e contatti con i rappresentanti di sede dei 6 cdL Infermieristica, dal 25 luglio 2022 senza un tempo di scadenza specificato ma, ottenendo 343 risposte totali. Esso non è utile per permettere a degli specialisti di compiere una diagnosi medica ma aiuta gli operatori sanitari e non che utilizzano questa scala di valutazione, a captare la tendenza (in questo caso degli studenti di infermieristica), a soffrire di disturbi alimentari. Il questionario è stato somministrato agli studenti iscritti a tutti e tre gli anni di corso del corso di laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, tramite campionamento di convenienza, non probabilistico. Gli studenti arruolati, appartengono a varie classi di età, ognuno con la propria storia e provenienti da città diverse con vari livelli di formazione. I dati sono stati elaborati tramite l'utilizzo del programma software di calcolo Excel® del pacchetto Microsoft Office versione 365 per Windows®. Le analisi statistiche sono state condotte mediante la strutturazione di tavole di contingenza. Le variabili categoriche mediante frequenze (N.) e percentuali (%). Lo studio è stato effettuato nel rispetto della riservatezza dei dati personali, come previsto dalla vigente normativa, attenendosi alle indicazioni fornite dalle norme di Buona Pratica clinica, mostrando un livello medio-basso di aderenza dato che, solamente il 48% degli studenti del CdL Infermieristica UNIVPM ha aderito alla compilazione del questionario stesso.

RISULTATI. Gli studenti del CdL Infermieristica dell'UNIVPM, hanno tendenzialmente risposto in modo positivo a molte domande del questionario SCOFF®. Gli studenti che hanno risposto maggiormente al questionario SCOFF® provengono dal CdL Infermieristica della sede di Macerata, con 92 questionari restituiti, ovvero il 27.1% del totale. La differenza importante tra i "sì" ed i "no" insieme ad altre risposte positive delle altre domande del questionario, potrebbero portare ad un numero notevole di studenti che tendono a soffrire di disturbi alimentari.

LIMITI. Sono stati esclusi tutti gli studenti iscritti agli altri corsi di laurea delle professioni sanitarie della Facoltà di Medicina e Chirurgia e di tutti i corsi di laurea delle altre facoltà dell'Università Politecnica delle Marche.

CONCLUSIONI. In conseguenza ai risultati del Questionario SCOFF®, è importante proporre un progetto educativo che possa assistere ed aiutare gli studenti nella loro lotta contro questa problematica alimentare. Innanzitutto, è necessario sapere che la manifestazione più palese di una persona che soffre di DCA è la modificazione delle proprie abitudini alimentari associata a irritabilità, poca autostima di sé, disgusto verso il cibo e verso sé stessi e l'utilizzo di comportamenti irrazionali. Il corpo e le sue forme, il cibo e i comportamenti di umore della persona stessa sono i tre punti principali che indicano un disturbo dell'alimentazione. Il centro di terapia EMDR è specializzato in anoressia e disturbi dell'alimentazione e uno tra gli obiettivi di questo centro è proprio la prevenzione oltre alla formazione e informazione sui DCA. All'interno del centro sono presenti degli psicoterapeuti specializzati nella prevenzione e cura dei disturbi alimentari. Inoltre, è disponibile un gruppo multidisciplinare di professionisti sanitari formato da: infermiere, medico psichiatra, medico internista, nutrizionista e dietista che collaborano con lo psicoterapeuta come consulenti esterni.

Autore per la corrispondenza: Traini Tiziana - Corso di Laurea Triennale in Infermieristica - Sede di Ascoli Piceno -
Email: t.traini@univpm.it

44. Valutazione di FAD in area nutrizione: acquisizione di competenze e sviluppo professionale del personale sanitario

Celenza Francesca, Prete Luciana, Mazzetti Claudia, Carli Roberta, Laudani Valentina, Marino Maria Michela, Perticarà Barbara, Princivale Sara, Sanna Tiziana, Di Martino Emanuela
Azienda USL di Bologna

BACKGROUND. Distanziamento e lavoro da remoto dell'era COVID hanno modificato il concetto di formazione, digital transformation, innovazione e soft skills sono state la base per rispondere alle nuove esigenze per l'acquisizione di competenze professionali, sperimentando erogazione di percorsi formativi con modalità alternative, dalla videoformazione sincrona, e-learning asincrono (pillole, tutorial, etc), all'implementazione di sistemi completi per la gestione del ciclo formativo.

OBIETTIVI. L'impossibilità di erogare corsi in presenza e la contestuale necessità di offrire formazione in tempo reale al maggior numero possibile di professionisti della salute, la riconversione professionale (reskilling) e lo sviluppo di nuove competenze (upskilling) hanno reso necessaria la disponibilità di formazione alternative, in remoto, superando ostacoli tecnologici, culturali e metodologici. Affrontare la svolta verso questo nuovo ambiente didattico richiede una valutazione delle esperienze fatte mediante strumenti ad hoc e analisi dei risultati per orientare le progettazioni future in un'ottica di risparmio, efficienza e ottimizzazione delle risorse.

METODI. È stata sperimentata la FAD su piattaforma e-learning Self-PA, strutturando due corsi, accreditati ECM, con modalità di arruolamento, gestione e monitoraggio degli iscritti direttamente da remoto. Dal punto di vista metodologico è stato necessario organizzare il corso in un ambiente formativo flessibile, che tenesse conto della dinamicità del contesto pandemico in continua evoluzione. I FAD sono stati articolati in diverse sezioni composte da filmati, materiali di approfondimento, test di apprendimento obbligatori per accedere agli step successivi, questionario di gradimento finale. L'ottenimento dei crediti ECM è stato subordinato al test per la verifica delle competenze acquisite. Sono stati analizzati i dati del test finale e del questionario di gradimento per il biennio 2020/21.

RISULTATI. FAD 1 Verso le nuove Linee Guida per una sana alimentazione italiana rev. 2018: orientata al personale SIAN della Regione Emilia-Romagna. Gli iscritti al corso sono stati 2.752 in prevalenza dell'AUSL di Bologna (71%), AUSL di Ferrara (9,5%), di Modena (8,4) e di Piacenza (4%). Hanno concluso in corso 82,6%, acquisendo i crediti ECM. Il questionario di gradimento ha fatto emergere come il livello di rilevanza percepito fosse abbastanza/molto per 79%, considerato molto utile dall'83% e la formazione buona/eccellente per 84%. La domanda aperta predisposta sul questionario di gradimento, utilizzata da 170 utenti, ha evidenziato soddisfazione per il corso e fornito spunti di riflessione sulla possibilità di migliorare sia i video, rendendoli più fruibili (17%) aumentando la parte pratica (5%), sia materiale didattico di approfondimento (15%), solo il 2% ha richiesto corsi in presenza. FAD 2 Alimentare la salute: gli esperti a confronto. Fruibile dal personale del SSN della Regione Emilia-Romagna. Gli iscritti al corso sono stati 539, 69% AUSL di Bologna, 13% Azienda Ospedaliera Universitaria Ferrara, 7% AUSL Modena e AUSL Piacenza. L'83% ha ritenuto la formazione buona/eccellente, 86%, rilevante/molto rilevante, 85% molto utile. Il 13% da suggerimenti miglioramento del materiale di approfondimento, 33% sui video e 4% chiede di aumentare la parte pratica, 17% hanno esplicitato come i consigli siano stati utili per modificare il proprio stile di vita. L'8% chiede di estendere il corso ad altri settori e alla scuola.

LIMITI. I limiti sono da attribuire a rete e inesperienza da parte di discenti/docenti nell'utilizzo di queste nuove modalità di creazione/sviluppo e sono stati superati sia con l'aumento delle competenze che mediante gestione e monitoraggio degli iscritti e delle specifiche problematiche di ciascuno (Report di completamento).

CONCLUSIONI. Basandosi sui criteri di Buone Pratiche per mantenere le caratteristiche di sostenibilità, riproducibilità e applicabilità, si è risposto all'esigenza di offrire, in tempi rapidi, un percorso formativo con metodo didattico che incontrasse le esigenze dei professionisti della salute. L'analisi dei dati ha portato, per la progettazione dei corsi successivi a •individuare target più ristretti per fornire una formazione professionale mirata, mantenendo spunti per utilizzare la competenza anche nella vita privata. •sviluppare un maggiore livello di profiling per dati non presenti nell'account, così da avere un quadro più completo degli utenti per orientare meglio la formazione •effettuare modifiche per favorire l'accessibilità al corso con risorse non troppo impegnative (durata dei video, potenziamento della parte pratica). È stato mantenuto il questionario di gradimento e la risposta aperta sui suggerimenti per monitorare costantemente i feedback dei discenti. L'esperienza della formazione a distanza, come momento di sperimentazione, ha mostrato sia la praticabilità generale per l'acquisizione delle competenze sia la soddisfazione dell'utente.

Autore per la corrispondenza: Celenza Francesca - Azienda USL di Bologna - Email: f.celenza@ausl.bologna.it

45. Strategie per evitare il ritardo delle prestazioni: il Corso per operatori del settore alimentare che producono pasti senza glutine nel periodo COVID.

Celenza Francesca, Prete Luciana, Laudani Valentina, Carmando Roberto, Princivalle Sara, Mazzocchi Milena, Sanna Tiziana

Azienda USL di Bologna

BACKGROUND. Ai sensi della Determina n° 16963 del 29/12/2011, “Linee guida regionali per il controllo ufficiale delle imprese alimentari che producono e/o somministrano alimenti non confezionati preparati con prodotti privi di glutine, destinati direttamente al consumatore finale”, Operatore del Settore Alimentare che intende produrre e somministrare alimenti di cui si dichiara l’assenza di glutine deve essere adeguatamente formato circa l’igiene degli alimenti e l’applicazione delle misure di autocontrollo e dei principi HACCP correlati a questa specifica attività. Tale formazione, organizzata dal Dipartimento Sanità Pubblica, ha una durata minima di 4 ore in presenza ed è articolata in parte teorica ed pratica. Al termine di ogni corso è prevista una prova di valutazione delle competenze acquisite ai fini del successivo rilascio dell’attestato di formazione specifico.

OBIETTIVI. L’obiettivo generale di far acquisire ai discenti le buone pratiche per la gestione e la manipolazione di alimenti senza glutine è stato declinato, all’interno dello scenario dovuto al COVID19, con l’utilizzo delle nuove tecnologie per evitare ritardi o sospensione della prestazione. L’Unità Operativa Complessa Igiene Alimenti e Nutrizione dell’Azienda USL Bologna (UOC IAN) ha sperimentato la fattibilità della FAD digitalizzando l’intero processo dall’iscrizione, all’erogazione, alla gestione amministrativa fino all’invio dell’attestato al fine di migliorare l’appropriatezza degli interventi, ridurre i tempi di attesa e aumentare l’efficacia e l’accessibilità.

METODI. Nel luglio 2020 è partita una fase sperimentale, visto anche il target limitato di popolazione e con basso digital device. La prima fase ha utilizzato il supporto dell’helpdesk aziendale e un’aula attrezzata con sala di regia per gestire l’intero evento. Successivamente, basandosi sui criteri di Buone Pratiche per gli interventi formativi, sostenibilità, riproducibilità e applicabilità, l’UOC IAN si è orientata al proprio interno per acquisire le competenze per l’utilizzo della piattaforma aziendale di videoconferenze; creare un sistema ad hoc di iscrizione mediante form on-line gestito e monitorato direttamente; sviluppare l’opzione per l’utilizzo dei video; creando moduli specifici per il test di apprendimento. Insieme alla parte teorica, gestita con video creati ad hoc su materiale didattico già sperimentato, i corsi in modalità sincrona hanno mantenuto la parte interattiva mediante l’utilizzo di filmati con errori da discutere poi con il docente per l’individuazione delle soluzioni.

RISULTATI. Sono stati realizzati, 3 corsi per il 2020, 8 per il 2021. Gli utenti prenotati sono stati 312, i partecipanti 262 di cui idonei 254 (97%). Il questionario di gradimento, facoltativo, compilato dal 100% dei partecipanti ha evidenziato che il 91,70% ha ritenuto gli argomenti molto importanti per la propria formazione lavorativa, il 73% ha affermato che il corso è stato molto chiaro nello sviluppare gli argomenti. La formazione è stata definita molto utile per il 79% degli utenti e abbastanza per il 20%. È stato predisposto, all’interno del questionario di gradimento, uno spazio dedicato ai suggerimenti. Il 55% ha espresso soddisfazione per il corso e la possibilità di averlo potuto seguire on line, nonostante il 4% abbia evidenziato problemi tecnici legati soprattutto alla rete. Oltre ai complimenti per le spiegazioni dei docenti, sono emersi diversi suggerimenti come ad esempio che le informazioni potessero essere utili anche in ambito familiare, maggiore spazio agli esempi della parte interattiva che potrebbe essere anche utilizzata nel contesto scolastico.

LIMITI. Tra le criticità la più evidente è stata dovuta a problemi di connessione e, soprattutto nelle prime edizioni, alla scarsa dimestichezza con la piattaforma da parte dell’utenza. È emersa anche la richiesta di orari più vicini alle esigenze lavorative e la necessità di avere prima le slide per poter meglio seguire il corso. Inoltre, è stata sottolineata la necessità di rendere i video più accattivanti e in grado di focalizzare maggiormente l’attenzione dei discenti, di ampliare la parte interattiva, molto utile ai fini didattici.

CONCLUSIONI. Il bilancio positivo emerso, sottolineato da efficacia e sostenibilità fa sì che questa esperienza di formazione a distanza possa essere riprodotta in contesti analoghi ma anche trasferita in altri ambiti soprattutto per evitare o limitare il ritardo nell’erogazione delle prestazioni. I vantaggi della FAD sono vari, dalla possibilità di apprendere quello che serve, quando serve ovunque e in minor tempo, ottimizzazione delle risorse, minor impatto ambientale: diminuzione degli spostamenti, la digitalizzazione del processo con minor consumo di carta e inchiostro per la digitalizzazione del processo, materiale didattico e attestati on line. Regione Emilia-Romagna ha deciso di prendere spunto da questa esperienza per mettere a regime il corso su piattaforma regionale come FAD asincrono.

Autore per la corrispondenza: Celenza Francesca - Azienda USL di Bologna - Email: f.celenza@ausl.bologna.it

46. Tecnologie digitali al servizio della salute e della prevenzione: il progetto DARE

Chiari Lorenzo¹, Mellone Sabato¹, Viceconti Marco¹, Mazzucco Walter², Federici Massimo³

¹Alma Mater Studiorum Università di Bologna, ²Università di Palermo, ³Università di Roma Tor Vergata

BACKGROUND. DARE (Digital Lifelong Prevention) è un'iniziativa quadriennale finanziata dal MUR nell'ambito del Piano Nazionale Complementare al PNRR. Coinvolge un'ampia comunità di partner e stakeholder tra cui università, centri di ricerca, ospedali di ricerca, autorità sanitarie locali, fondazioni e aziende private e nasce da due motivazioni principali. Da un lato, l'urgenza di riformare la cultura sanitaria con un cambio di paradigma: dall'attenzione per la malattia alla prevenzione permanente e all'approccio comunitario al tema salute. Sia la crisi dell'emergenza sanitaria da Covid-19 che le caratteristiche epidemiologiche di una popolazione con un'aumentata incidenza di malattie croniche e condizioni legate all'invecchiamento rendono questo cambiamento più che urgente. D'altra parte, abbiamo l'impareggiabile opportunità di trovarci nel mezzo di una massiccia trasformazione digitale, con una quantità senza precedenti di dati sanitari e relativi alla salute e di tecnologie digitali che possono sfruttarne tutte le potenzialità per personalizzare i percorsi di cura e migliorare qualità, adeguatezza ed efficacia dei servizi di prevenzione preservando la sostenibilità del sistema sanitario pubblico.

OBIETTIVI. L'iniziativa DARE è volta a creare e sviluppare una comunità di conoscenza, connessa e distribuita, che favorisca l'affermarsi di modelli e soluzioni per la sorveglianza, la prevenzione, la promozione della salute e la sicurezza sanitaria, nella popolazione generale e in popolazioni speciali, quali lavoratori, minori, donne in gravidanza e pazienti cronici, che beneficino al meglio delle potenzialità offerte dalle tecnologie digitali, contribuendo a colmare le disparità sociali e territoriali nell'offerta di servizi integrati socio-sanitari.

METODI. Per raggiungere i suoi obiettivi, DARE lavorerà armonizzando ed integrando le raccolte di dati e rafforzandone la governance; sviluppando e validando strumenti avanzati per l'analisi di fenomeni complessi e la previsione di scenari; sostenendo lo sviluppo di strumenti per la pianificazione e prevenzione sanitaria; promuovendo l'interoperabilità; rafforzando la condivisione delle conoscenze e la prevenzione evidence-based; supportando il Sistema Sanitario Nazionale nella valutazione e attuazione di raccomandazioni, linee guida e buone pratiche, su tutti i livelli di prevenzione. DARE proporrà soluzioni a tutte queste necessità con un'azione di ricerca basata sul modello Hub & Spoke. Gli Spoke previsti sono tre: il primo, "Enabling Factors and Technologies for a Lifelong Digital Prevention", coordinato dall'Università di Bologna, si concentra sullo sviluppo di metodi e tecnologie e ha un ruolo di supporto generale; il secondo, "Community-based Digital Primary Prevention", coordinato dall'Università di Palermo, è dedicato alle applicazioni di Digital Health per la prevenzione primaria sulla popolazione generale e su comunità e gruppi selezionati; il terzo, "Digitally-enabled Secondary and Tertiary Prevention", coordinato dall'Università di Tor Vergata, è dedicato invece alle applicazioni di Digital Health per la diagnosi precoce e per rispondere alle esigenze di salute dei pazienti.

RISULTATI. L'iniziativa, avviata il 15/12/2022, produrrà, raccoglierà e sistematizzerà conoscenze e soluzioni multidisciplinari (tecniche, etico-giuridiche e organizzative) necessarie per affermare l'Italia quale Paese leader nell'ambito della Sanità Digitale focalizzata alla prevenzione. Si dedicherà in modo particolare alla promozione di azioni preventive abilitate dalle tecnologie digitali e dai big data con un potenziale significativo per migliorare la prontezza e l'accuratezza di compiti chiave di salute pubblica come la previsione, la sorveglianza, la diagnosi precoce e la risposta a malattie acute e croniche, comprese le comorbidità e, più in generale, per condizioni legate alla salute in una prospettiva life-course. Nel complesso, i tre Spoke daranno vita a circa 40 studi pilota che saranno sviluppati in cinque comunità regionali di riferimento: Emilia-Romagna, Veneto, Lazio, Puglia e Sicilia. Ogni comunità avrà caratteristiche diverse in termini di fasi della vita, dimensioni campionarie e contesti d'intervento.

LIMITI. La carenza di professionisti con le giuste competenze per supportare la trasformazione digitale del settore sanitario è un problema critico, ma allo stesso tempo rappresenta un'opportunità. Per questo, l'istruzione e la formazione professionale saranno un asset strategico fondamentale di DARE.

CONCLUSIONI. DARE favorirà la ricerca, innovazione e partecipazione attiva di stakeholder pubblici e privati nel quadro di una interazione costante e diretta con la società civile, il terzo settore, ed il tessuto imprenditoriale, con l'obiettivo di promuovere la crescita culturale, economica e sociale del Paese e delle sue comunità locali, affinché la conoscenza diventi strumentale al mantenimento di adeguati standard di salute pubblica, contribuendo, in un quadro di sostenibilità, alla piena attuazione dell'art.32 della Costituzione.

Autore per la corrispondenza: Chiari Lorenzo - Università degli Studi di Bologna - Email: lorenzo.chiari@unibo.it

47. Misurazione dei livelli di Digital Health Literacy dei pazienti affetti da cefalea

Cicolini Giancarlo¹, Pastore Francesco², Comparcini Dania³, Maiullari Debora¹, Galli Francesco³, Tomietto Marco⁴, Simonetti Valentina⁵

¹Università degli studi di Bari, ²Università degli studi di Roma Torvergata, ³Univpm, ⁴Northumbria University, (UK), ⁵LUM "Giuseppe Degennaro"

BACKGROUND. La cefalea è un disturbo che colpisce oltre un miliardo di persone in tutto il mondo determinando disabilità ed effetti negativi nella sfera sociale, psichica e lavorativa di chi ne è affetto. Negli ultimi anni la gestione dei pazienti affetti da cefalea è diventata prevalentemente domiciliare e digitale, sostenuta da sistemi informatizzati sia per il trattamento sia per il monitoraggio delle terapie. L'alfabetizzazione digitale sanitaria (Digital Health Literacy - DHL) è definita come la capacità di ricercare, valutare e applicare le conoscenze acquisite in rete per affrontare o risolvere un problema di natura sanitaria. Tali competenze sembrano essere rilevanti per la corretta autogestione della patologia, per la promozione del self-care e per l'impatto della patologia sulla vita quotidiana dei pazienti.

OBIETTIVI. L'obiettivo dello studio è quello di determinare i livelli di DHL in una popolazione di pazienti affetti da Cefalea.

METODI. È stato condotto uno studio cross-sectional multicentrico, da giugno 2022 a settembre 2022, presso 17 Centri Cefalea in Italia. Per determinare le capacità operative, di navigazione, di ricerca delle informazioni online e la dimestichezza all'utilizzo degli strumenti digitali per l'interazione con i sanitari è stato utilizzato il questionario "Digital Health Literacy Population Survey (HLS19-DIGI); per valutare l'impatto della cefalea sulla vita quotidiana è stato somministrato l'Headache Impact Test a 6 item (HIT-6). Inoltre, sono state raccolte le informazioni sociodemografiche dei partecipanti. L'analisi dei dati ha previsto statistiche descrittive e analisi di correlazione. È stato utilizzato il software IBM Corporation 2014, è stato posto un livello di significatività statistica pari al 5%.

RISULTATI. Hanno partecipato 138 pazienti (tasso di risposta 73%). La maggioranza del campione è di genere femminile (84.1%; n=116), l'età media è di 42.45 anni (DS= 10.83), il 49.3% (n=68) possiede un diploma di Scuola Secondaria e il 78.3% (n=108) svolge un'attività lavorativa. Le variabili cliniche di cefalea maggiormente riscontrate sono: la cefalea unilaterale periculare/temporale (28.9%) e la cefalea severa (23.1%). Per la maggioranza del campione (53.6%; n=74) gli episodi di cefalea hanno una durata variabile dalle 4 alle 72 ore, mentre il 15.2% (n=21) ha dichiarato una durata variabile dai 15 ai 180 minuti. Per il 56.5% (n=78) dei partecipanti, spesso, il dolore incide sulla propria capacità di svolgere le attività quotidiane e lavorative (76.5%; n=104). Per quanto riguarda la DHL, i partecipanti ricorrono a internet per ottenere informazioni sulla gestione della cefalea, all'incirca, una o tre volte a settimana (27.5%; n=38) oppure, una volta al giorno (20.2%; n=28). Il 47.8% (n=66) dei pazienti non utilizza dispositivi digitali correlati alla salute e il 55.7% (n=77) le applicazioni sanitarie. Sono state evidenziate correlazioni significative tra il punteggio complessivo dello score HIT-6 e la "facilità nel comunicare digitalmente" (p=0.04) e fra quest'ultima e la "modalità di ricerca interattiva delle informazioni online" (p=0.04). Il titolo di studio ha una correlazione positiva con la modalità di ricerca interattiva delle informazioni online (p=0.04). L'età ha una correlazione statisticamente significativa con la modalità di ricerca passiva delle informazioni online (p=0.03). Il genere risulta statisticamente significativo (p

LIMITI. La ridotta numerosità campionaria potrebbe limitare la generalizzabilità dei risultati. Inoltre, la distribuzione anagrafica e la sottorappresentazione di variabili, come il genere maschile, potrebbero aver limitato la possibilità di esplorare al meglio le associazioni tra le variabili sociodemografiche e i livelli di DHL.

CONCLUSIONI. I pazienti affetti da cefalea possiedono una buona DHL che, tuttavia, viene influenzata da variabili come il titolo di studio e la gravità della patologia. Inoltre, nonostante i limiti sopra elencati, i risultati suggeriscono che anche le variabili quali età e genere, potrebbero essere correlate ai livelli di DHL. Gli interventi educativi digitali su questa popolazione di pazienti dovrebbero quindi tenere conto di questi aspetti.

Autore per la corrispondenza: Pastore Francesco - Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Consorziato di Bari - Email: francesco.pastore@uniba.it

48. Le strategie digitali per il miglioramento dell'empowerment del paziente cronico: uno studio cross-sectional multicentrico

Comparcini Dania¹, Pastore Francesco², Buttiglione Michele³, Tomietto Marco⁴, Galli Francesco¹, Cicolini Giancarlo⁵, Simonetti Valentina⁶

¹Univpm, ²Università degli studi di Roma Torvergata, ³R.S.A. Crispiano, Ati Auxilium Soc.Coop.Sociale, Crispiano (TA), ⁴Northumbria University (UK), ⁵Università degli studi di Bari, ⁶LUM "Giuseppe Degennaro" di Casamassima (BA)

BACKGROUND. L'empowerment del paziente è un processo attraverso il quale le persone vengono incoraggiate ad essere attivamente coinvolti nel proprio percorso di cura; in particolare, attraverso l'educazione sanitaria e la promozione di comportamenti corretti, l'empowerment sostiene la presa di decisioni, la responsabilizzazione e lo sviluppo dell'auto-consapevolezza dei pazienti. Durante la pandemia covid-19 tale strategia ha assunto rilevanza, supportata dalle nuove tecnologie informatiche, in linea con quanto suggerito dal DM.77/2022 e dal PNRR missione 6. Nell'ambito dell'assistenza alla cronicità, gli infermieri possono avvalersi di diverse strategie per migliorare l'empowerment dei pazienti, tra cui gli strumenti digitali, così come evidenziato in alcuni studi che hanno correlato positivamente l'uso delle nuove tecnologie con il miglioramento del self-care e dell'alfabetizzazione digitale (Health Literacy – HL).

OBIETTIVI. Identificare gli strumenti digitali che gli infermieri utilizzano e raccomandano per migliorare l'empowerment dei pazienti affetti da patologie croniche.

METODI. È stato condotto uno studio cross sectional, multicentrico, da febbraio 2022 a maggio 2022, in un campione di 140 infermieri afferenti a quattro regioni italiane che lavorano in strutture ospedaliere e territoriali. Per la raccolta dati è stato utilizzato un questionario, validato nel contesto italiano, di 24 domande, a risposta multipla (Estimating Patient Empowerment and Nurses' use of digital strategies: eSurvey Study), che raccoglie informazioni socio-demografiche, dati sull'utilizzo di Internet e strumenti digitali nella pratica clinica, informazioni sulla misurazione dell'empowerment dei pazienti e opinioni degli infermieri sui potenziali strumenti digitali utilizzati per migliorare l'empowerment degli stessi. I dati raccolti sono stati analizzati con statistiche descrittive e inferenziali utilizzando il software "R Core Team 2021" e ponendo il livello di significatività statistica pari al 5%.

RISULTATI. Il 79% (n=111) degli infermieri è di genere femminile, di età compresa tra i 41 e 50 anni. La maggior parte del campione (79%; n=110) è dipendente pubblico e il 67% lavora in ambito ospedaliero, mediamente da 13 anni. Il 93% degli intervistati ha disponibilità di un accesso ad Internet sul luogo di lavoro e valuta "buone" le competenze tecnologiche, ritenendo internet utile nel 96% dei casi. L'80% ritiene che i social network siano utili per favorire l'empowerment dei pazienti e il 50% di questi utilizza internet per acquisire informazioni sanitarie. Tra gli strumenti digitali più adottati per il miglioramento dell'empowerment del paziente: YouTube (46%), Facebook (40%) e WhatsApp (35%), sono predominanti. Il materiale cartaceo risulta ancora molto utilizzato dal 51% rispetto a quello digitale (11%). Gli ostacoli più importanti che impediscono l'utilizzo degli strumenti digitali sono la scarsa conoscenza digitale (40%) e le difficoltà di accesso ad Internet (23%). I fattori agevolanti sono la facilità d'uso (35%) e il supporto istituzionale (26%). Coloro che utilizzano maggiormente internet e i social network per migliorare l'empowerment dei pazienti mostrano un livello avanzato di conoscenze digitali (p=0.03). Gli infermieri di età compresa tra i 31 e i 40 anni sono coloro che li utilizzano meno (p=0.04).

LIMITI. La maggior parte degli infermieri intervistati afferisce ad un contesto lavorativo ospedaliero, questo potrebbe limitare i risultati della ricerca ad una categoria specifica di infermieri, scarsamente rappresentativa dei soggetti afferenti all'area territoriale e comunità.

CONCLUSIONI. I risultati evidenziano che nonostante vi sia un buon numero di strumenti digitali utili al miglioramento dell'empowerment dei pazienti, l'utilizzo del materiale cartaceo è ancora molto diffuso. Inoltre, è emerso uno scarso utilizzo di queste strategie tra gli infermieri più giovani che si presume, invece, possiedano competenze informatiche avanzate. Pertanto, al fine di sostenere il necessario processo di innovazione digitale dell'assistenza, potrebbe essere utile, rafforzare e sostenere non solo le competenze degli operatori sanitari, ma anche aumentare la loro consapevolezza rispetto le potenzialità delle tecnologie digitali a supporto dell'empowerment dei pazienti.

Autore per la corrispondenza: Pastore Francesco - Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Consorziiale di Bari - Email: francesco.pastore@uniba.it

49. Il coinvolgimento empatico degli infermieri nei contesti di neuroscienze: uno studio mixed-method

Cortese Federico
AOU Parma

BACKGROUND. Negli ultimi decenni, con lo sviluppo di nuove tecniche, le neuroscienze hanno approfondito le conoscenze anatomo-fisiologiche che sono alla base della capacità di comprendere le emozioni altrui. La sensazione di condividere direttamente lo stato mentale altrui, senza richiedere una comprensione esplicita della causa della sofferenza, costituisce la componente emotiva dell'empatia. L'empatia è un potente motivatore che guida una persona alla coesione sociale e la aiuta a sviluppare un legame emotivo con i suoi simili. Gli infermieri spesso provano disagio quando testimoni della sofferenza altrui e talvolta non sono in grado di distinguere le cause esterne della loro sofferenza, mettendo in atto strategie di evitamento. La suscettibilità allo stato emotivo nel corso degli anni e di continue sollecitazioni tende a diminuire se non supportata da un'adeguata evoluzione della propria consapevolezza emotiva.

OBIETTIVI. Questo studio vuole indagare la tendenza degli infermieri, dell'area delle neuroscienze, ad essere più o meno responsivi alle espressioni emozionali degli altri, a sentire e provare i loro vissuti emozionali.

METODI. I partecipanti sono stati 211 infermieri afferenti ad unità operative dell'area delle neuroscienze sull'intero territorio nazionale, attraverso la rete dell'Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze. La raccolta dei dati quantitativi è avvenuta in forma anonima, attraverso la somministrazione del BALANCED EMOTIONAL EMPATHY SCALE (BEES) di Albert Mehrabian, (1972) che vuole indagare la tendenza di un individuo ad essere più o meno responsivo alle espressioni emozionali degli altri, attraverso due fattori. La raccolta dati qualitativa è avvenuta attraverso un'intervista semi-strutturata creata ad hoc e sottoposta a 15 infermieri provenienti dalle medesime aree. Sono state raccolte inoltre le variabili socio-anagrafiche di tutti i partecipanti.

RISULTATI. dall'analisi qualitativa è emerso che il coinvolgimento emotivo degli infermieri risulta legato alle percezioni e alle sensazioni di ognuno di loro, alla resistenza alle situazioni emotivamente coinvolgenti e dalla consapevolezza emotiva. Si è rilevato che la strategia di messa in atto sia soprattutto legata all'evitamento del coinvolgimento emotivo, focalizzandosi sulla parte tecnica dell'assistenza. È emerso inoltre il senso comune di abbandono da parte delle amministrazioni sanitarie per la mancanza di servizi per gestire lo stress di un elevato coinvolgimento emotivo. Questo elemento viene confermato dall'analisi quantitativa, in quanto, anche non essendoci differenze tra i diversi ambiti delle neuroscienze, è risultato che i livelli di suscettibilità risultano alti negli infermieri neoassunti, ma che diminuiscono con l'anzianità di servizio. L'età degli infermieri sembra una variabile significativa nella suscettibilità al coinvolgimento emotivo.

LIMITI. Lo studio è stato condotto tra gli iscritti dell'Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze (ANIN), il che determina che i dati raccolti rappresentano la sola popolazione di infermieri iscritti all'associazione.

CONCLUSIONI. i professionisti sanitari dell'ambito delle neuroscienze assistono a situazioni ad elevato coinvolgimento emotivo, per far fronte al conseguente stress devono sviluppare strategie personali di adattamento e di consapevolezza delle emozioni che provano, ma allo stesso tempo devono essere supportati dalle amministrazioni sanitarie. È ipotizzabile che all'aumentare dell'età si possa avere una maggior consapevolezza del proprio stato emotivo, ma più probabilmente si mettono in atto meccanismi di difesa come l'evitamento. La ricerca conferma i dati rintracciati in letteratura, cioè che per gli infermieri è essenziale avere supporto per una sana gestione delle emozioni.

Autore per la corrispondenza: Cortese Federico - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Email: f.cortese@anin.it

50. L'impiego del metodo SBAR per la trasmissione sicura ed efficace delle consegne infermieristiche: una revisione della letteratura

Crescini Valeria¹, Caporicci Sara², Marchetti Mara³

¹Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, ²Villa Adria Santo Stefano Riabilitazione, ³Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. È stato stimato che circa il 67% degli eventi sentinella siano il risultato di problemi di comunicazione tra i professionisti della salute. L'OMS sostiene come sia quindi di fondamentale importanza l'adottare un metodo strutturato di trasmissione delle informazioni clinico-assistenziali tra gli operatori della salute per poter garantire una maggiore sicurezza del paziente, oltre ad assicurare la qualità delle cure erogate. Tra le varie metodiche ad oggi riconosciute come valide per queste finalità, spicca il metodo "Situation, Background, Assessment, Recommendation" (SBAR), progettato per uniformare la comunicazione e prevenire incomprensioni, supportato nel suo impiego in ambito ospedaliero dalle organizzazioni internazionali The Joint Commission e Institute for Healthcare Improvement.

OBIETTIVI. Analizzare l'efficacia dell'impiego del metodo SBAR nella pratica del passaggio di consegne infermieristiche.

METODI. È stata realizzata una revisione della letteratura esistente tramite il motore di ricerca PubMed, condotta tra i mesi di ottobre e dicembre 2022, utilizzando keywords quali "SBAR", "Patient Handoff", "Safety", "Handover", "Best Practice", "Quality", "Effectiveness", legate tra loro tramite l'uso degli operatori Booleani AND e OR, con l'uso di parentesi tonde, con la finalità di formare più stringhe di ricerca per ampliare il numero di risultati reperibili. Dopo aver eliminato i duplicati, dei 59 records individuati sono stati selezionati gli studi disponibili in lingua inglese e italiana, relativi alla specie umana e pubblicati negli ultimi 10 anni; solamente 18 articoli sono risultati essere rispondenti al quesito di ricerca.

RISULTATI. Il metodo SBAR, secondo la letteratura revisionata, risulta essere un efficace e prezioso strumento per standardizzare la comunicazione tra i professionisti sanitari e, in particolar modo, tra infermieri, rendendo la trasmissione di informazioni concisa, obiettiva, coerente e pertinente, senza interrompere il flusso di lavoro del personale. Tra i vantaggi, Dossow e Zwisslervi (2016) sottolineano la possibilità da parte di ogni realtà assistenziale di adattare i quattro pilastri della metodologia ("Situation, Background, Assessment, Recommendation") alle caratteristiche del proprio contesto, il che lo rende preferibile rispetto ad altri modelli di consegna adottabili. Il protocollo SBAR viene considerato in grado di ridurre gli errori e migliorare la sicurezza del paziente, limitando l'applicazione di cure inefficaci e l'insorgenza di eventi avversi o eventi sentinella, grazie alla riduzione della ridondanza e dell'interruzione della diffusione delle informazioni, utilizzando tecniche di comunicazione strutturate. Inoltre, Ting et al. (2016) nel loro studio hanno riscontrato come l'uso della metodica SBAR influisca positivamente sul clima e sulle condizioni di lavoro nel gruppo, oltre che sulla soddisfazione personale, dato riscontrato, tra gli altri, anche da Martínez-Fernández et al. (2022). Alcuni studi, come quello pubblicato da Campbell e Dontje nel 2019, danno particolare risalto all'associazione tra l'uso della tecnica SBAR e della modalità di consegna al letto del paziente, evidenziando come l'integrazione tra questi sia in grado di assicurare una più elevata sicurezza degli assistiti, grazie alla possibilità di visionare e valutare in tempo reale quanto riferito dal collega del turno precedente secondo uno schema di comunicazione standardizzato. Infine, il sistema SBAR risulta essere di semplice impiego, facilmente comprensibile nel suo utilizzo e, come affermato da Wentworth et al. nel 2012, con un costo di introduzione e applicazione nella pratica assistenziale minimo rispetto ai potenziali vantaggi di sicurezza che è in grado di assicurare.

LIMITI. Il principale limite del presente studio è rappresentato dall'utilizzo di un solo motore di ricerca per il reperimento degli articoli analizzati per la revisione della letteratura.

CONCLUSIONI. Il procedimento SBAR risulta essere efficace nella sua applicabilità poiché, promuovendo la cultura della sicurezza, è in grado di garantire migliori esiti e maggiore fluidità nella divulgazione dei dati clinico-assistenziali nei processi di cura. Ad oggi, però, non si tratta ancora di un modello in uso su larga scala, nonostante sia uno strumento adeguato alle esigenze di molte strutture sanitarie, capace di rispondere alla necessità di una comunicazione interpersonale chiara ed efficace.

Autore per la corrispondenza: Crescini Valeria - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Email: vale.cre@live.it

51. L'importanza della formazione in ambito relazionale per lo studente infermiere: i risultati di un questionario di gradimento a seguito di un laboratorio relazionale

Crescini Valeria¹, Marchetti Mara², Mercuri Maurizio²

¹AOU delle Marche, ²Univpm

BACKGROUND. Secondo il Profilo Professionale, l'agire infermieristico è di natura tecnica, relazionale ed educativa; l'infermiere deve quindi approcciarsi con l'assistito anche tramite le sue competenze di ambito psicologico-relazionale. Instaurare una relazione terapeutica personalizzata basata su una comunicazione efficace, infatti, è un importante mezzo sia per l'assistito, per il determinarsi di un rapporto di fiducia con l'operatore, in grado di aumentare anche la compliance al trattamento, che per il professionista, per il crearsi di una situazione lavorativa con maggior fluidità e più in sintonia con i propri ideali professionali. Il saper comunicare va considerata non come un'attitudine personale, ma come una competenza standard, che deve essere di proprietà di tutti gli infermieri e va insegnata e valutata secondo uno specifico rigore metodologico, di pari passo con tutte le altre abilità che devono essere acquisite durante il corso di studi.

OBIETTIVI. Valutare quanto gli studenti del corso di laurea in Infermieristica ritengano importante acquisire una formazione specifica relativa alla relazione e comunicazione con il paziente e quanto ritengano utile la metodica utilizzata per farlo.

METODI. È stato somministrato un questionario a un campione di convenienza formato da un gruppo rappresentativo degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche della sede di Ancona, al secondo anno di corso nell'anno accademico 2018-2019, al termine del laboratorio relazionale, attività curricolare di approccio e approfondimento formativo sui fondamenti della relazione interpersonale, con esercizi finalizzati alla trasmissione di conoscenze e competenze in materia per garantire relazioni efficaci, soprattutto con gli utenti, tramite il trasferimento di nozioni e l'attuazione di esercitazioni individuali, di gruppo e di coppia con l'uso, tra gli altri, del metodo del role playing. Il questionario prevedeva l'espressione del proprio giudizio attraverso una scala Likert a 4 punti (molto d'accordo, d'accordo, in disaccordo, molto in disaccordo) alle seguenti affermazioni: 1) Ritengo che approfondire la tematica relazionale sia importante ai fini di migliorare la mia formazione infermieristica; 2) L'esperienza vissuta può essere utile ai fini dell'apprendimento delle metodiche più idonee per l'istaurazione di una relazione infermiere-paziente efficace; 3) Partecipare al role playing è stato di aiuto all'apprendimento; 4) Mi piacerebbe ripetere esperienze di questo genere per approfondire la tematica

RISULTATI. Sono stati raccolti 50 questionari, con il 100% di risposta alle domande presentate. Secondo i dati raccolti, il 100% degli studenti riconosce l'importanza dell'approfondimento relazionale per migliorare la propria formazione, con il 76% molto d'accordo e il 24% d'accordo con quanto enunciato. A seguire, il 98% (66% molto d'accordo e 32% d'accordo) ritiene l'esperienza vissuta con il laboratorio relazionale utile ai fini dell'apprendimento, con solo il 2% in disaccordo con questa dichiarazione. Il metodo del role playing viene riconosciuto come valido dal 96% degli studenti, suddivisi tra il 40% molto d'accordo e il 56% d'accordo, mentre il 4% è in disaccordo con quest'affermazione. Infine, al 92%, suddiviso tra 20% molto d'accordo e 72% d'accordo, piacerebbe ripetere esperienze simili per approfondire il tema, con solo il 4% in disaccordo e 4% molto in disaccordo.

LIMITI. Il numero di questionari che è stato possibile somministrare non è molto elevato ed è stato limitato al solo anno accademico citato per il successivo sopraggiungere della pandemia di COVID-19, che ha modificato le modalità di svolgimento delle attività didattiche. Aver potuto ampliare il campione, avrebbe di certo fornito un punto di vista più elevato e completo di quello attualmente posseduto.

CONCLUSIONI. Secondo i dati raccolti, gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica riconoscono l'importanza dell'apprendimento di abilità relazionali e comunicative durante il proprio percorso formativo per essere dei professionisti capaci e completi, riconoscendo il ruolo di simulazioni e role playing come d'aiuto nell'acquisizione di queste competenze. Di certo, quindi, l'implementazione formativa di questi aspetti, che fanno parte delle soft skills, cioè competenze trasversali che devono essere in possesso dell'operatore indipendentemente dal contesto in cui egli presta assistenza, è di vitale importanza per impedire che si verifichino paradossi, quali il curare senza prendersi cura dell'assistito o che vengano soffocati o ignorati i sentimenti e le emozioni che scaturiscono dal rapporto con la persona e la malattia. È allora necessario approfondire la tematica per aumentare la qualità della performance lavorativa, finalizzata al miglioramento degli outcome assistenziali, e garantire agli studenti una preparazione adeguata su questo fronte, per permette di favorire una presa in carico relazionale dell'utente più efficace, fondamentale per il processo di cura in toto.

Autore per la corrispondenza: Crescini Valeria - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Email: vale.cre@live.it

52. Definizione del core competence infermieristico nel contesto clinico-assistenziale di Pneumologia e Semintensiva Respiratoria: Studio Osservazione Trasversale

Crognaletti Andrea¹, Galli Alessia², Gatti Chiara², Pelusi Gilda³, Antognini Paolo⁴

¹Ast Macerata, ²AOU delle Marche, ³Univpm, ⁴AST Macerata

BACKGROUND. Le competenze in ambito clinico sono un fattore essenziale per assicurare gli standard professionali. Nell'attuale scenario sanitario, dove l'assistenza infermieristica deve rimodulare il caring process per ogni specifico setting clinico, emergono molteplici opportunità per gli infermieri; in particolare, la possibilità di misurarsi con un set esplicito di indicatori che esprimano le competenze necessarie alla gestione di pazienti con problemi specifici potrebbe potenziare le capacità nel definire il proprio progetto di sviluppo professionale, nel presidiare e pianificare il proprio inserimento lavorativo e nel migliorare le proprie performance assistenziali. Ciò consentirebbe inoltre ai coordinatori e ai dirigenti infermieristici di valutare le competenze del singolo professionista e del gruppo di lavoro. La Nurse Competence Scale (NCS) è uno strumento di autovalutazione delle competenze infermieristiche sviluppato in Finlandia tra il 1997 e il 2003, sperimentata poi in numerosi Paesi, tra cui l'Italia, dove è stata tradotta e testata per la prima volta nel 2009, dimostrando di essere uno strumento valido ed affidabile per ricostruire e misurare il profilo dell'infermiere. Durante la pandemia gli infermieri hanno svolto un ruolo chiave nei contesti clinico-assistenziali di Pneumologia, le competenze possedute dal personale infermieristico sono infatti state fondamentali per il mantenimento degli standard di qualità dell'assistenza, scongiurando potenziali rischi per la sicurezza del paziente.

OBIETTIVI. Mappare le competenze degli infermieri nell'U.O. di Pneumologia e Semintensiva Respiratoria del Presidio Ospedaliero Unico di Macerata (Marche, Italia), e stilare un profilo di competenza per la suddetta U.O. e per i Moduli di Terapia Semintensiva e i Moduli non Intensivi del COVID HOSPITAL di Civitanova Marche.

METODI. La metodologia utilizzata è di tipo quantitativo ed il disegno di studio è di tipo osservazionale trasversale. Lo strumento utilizzato è la Nurse Competence Scale, somministrata assieme ad un questionario anagrafica costruito ad hoc a tutto il campione, costituito dagli infermieri operanti nell'U.O. Pneumologia e Semintensiva Respiratoria del Presidio Ospedaliero Unico di Macerata, nel periodo compreso tra marzo-giugno 2021, previa autorizzazione della Direzione Sanitaria e Dirigenza Infermieristica.

RISULTATI. Il tasso di rispondenza è stato del 100%. Il campione è composto da 28 infermieri, prevalentemente di genere femminile (86%), l'età media è di 38,75 anni, la media degli anni di servizio è di 12,1 anni mentre la media degli anni di servizio nella U.O. studiata è di 9,4 anni. Il livello di competenza generale percepito risulta essere molto buono, con una VAS media di 76,9. I livelli di competenza nelle diverse categorie variano da una VAS media di 71,8 nella categoria "assicurare qualità" ad una VAS di 80,6 nella categoria "competenza di gestione delle situazioni". Nello specifico, gli infermieri percepiscono un livello di competenza molto buono nelle categorie "competenza di presa in carico", "competenza di educazione", "competenze di gestione delle situazioni" e "ruolo ricoperto", con una VAS media che varia da 76,8 a 80,6.

LIMITI. Uno dei limiti è rappresentato dall'aver utilizzato un questionario costruito ad hoc per la raccolta dei dati anagrafici; inoltre, la ridotta numerosità campionaria e il contesto monocentrico dello studio pongono dei limiti alla validità esterna.

CONCLUSIONI. Gli obiettivi prefissati sono stati raggiunti con un'adesione allo studio del 100% degli infermieri; le competenze che andrebbero migliorate sono quelle appartenenti alle categorie "competenze diagnostiche", "interventi terapeutici" e "assicurare qualità", in quanto vi si registrano i punteggi più bassi, pur rimanendo comunque in un livello di competenza buono; in queste aree bisognerebbe quindi orientare i bisogni formativi del gruppo infermieristico, auspicando al raggiungimento di un livello di competenza maggiore e stabile nel tempo. L'autovalutazione è uno strumento di autoanalisi e di autoapprendimento che si prefigge di migliorare il singolo individuo, fornendo inoltre la possibilità di riflettere sui loro comportamenti e valutare le loro conoscenze e competenze periodicamente, al fine di promuovere lo sviluppo professionale e la formazione continua. Per questo motivo l'utilizzo della NCS migliorerebbe il processo di analisi dei bisogni formativi e faciliterebbe lo sviluppo delle competenze infermieristiche essenziali per il personale, soprattutto se opera in ambiente critico semintensivo o intensivo. I risultati dello studio hanno permesso la realizzazione dei profili di competenza per le U.O. oggetto di studio; un profilo delle competenze contestuale è infatti la base indispensabile per creare le condizioni di un sistema di certificazione, che permetta al singolo professionista di intraprendere un percorso di sviluppo delle competenze, allo scopo di implementarla propria formazione con nuove competenze tecnico-professionali e garantire in questo modo elevati standard nelle prestazioni assistenziali.

53. E-health e telemedicina: l'esperienza della COA e dei medici USCA dell'ASM Matera

Cuscianna Eustachio, Magno Giuseppe, Pulvirenti Sabrina
ASM Matera

BACKGROUND. In Italia, gli effetti della pandemia da Covid-19, quali l'utilizzo di nuove tecnologie come la realtà virtuale, hanno assunto un'importante funzione catalizzatrice, ottimizzando l'accesso ai servizi del SSN, potenziando la presa in carico dei pazienti in modo equo ed uniforme ed affrontando le criticità insite nell'attuale articolazione del SSN. Innovare la metodologia e l'idea di prevenzione sanitaria richiede un nuovo modello di gestione della l'assistenza sanitaria territoriale, in linea con i principi espressi dal PNRR e dal DM77/2022, mutando il fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio.

OBIETTIVI. L'implementazione della cosiddetta "E-Health" è ritenuta funzionale nella gestione di patologie croniche, con uno spiccato orientamento alla prevenzione ed educazione, fin dalle fasi precoci della condizione morbosa, riducendo vertiginosamente il numero di accessi ospedalieri, attraverso il ProActive Follow-Up (Primary Care Unit) e l'utilizzo della televisita, telemonitoraggio, teleconsulto e teleassistenza. La cura del paziente a casa, in un setting privilegiato, contempla l'erogazione dei servizi assistenziali finalizzati a facilitare l'accesso ai trattamenti e la dispensazione di consulenze specialistiche.

METODI. Lo studio, di tipo osservazionale retrospettivo, è stato condotto dal 1 ottobre 2022 al 10 gennaio 2023, presso l'ASM Matera, recependo le Linee guida per i Servizi di telemedicina previsti dal Decreto 21 settembre 2022 del Ministero della Salute. Lo studio è stato realizzata dai medici delle USCA verificando il layer di gestione delle specifiche tecnico-funzionali di telemonitoraggio.

RISULTATI. L'analisi è stata condotta prendendo un campione di 14 pazienti arruolati, 6 donne e 8 uomini, di età variabile tra i 39 e gli 81 anni, affetti da ipertensione arteriosa (57,14%), asma (14,28%), dislipidemia (14,28%), neoplasia (7,14%) e sindrome metabolica (7,14%). Attraverso la metodologia utilizzata, aggregati i dati, è stato possibile valutare, per cicli multipli di dieci giorni consecutivi, la Validazione e dataquality, sia in termini di precisione delle misurazioni sia in termini di adesione del paziente al piano di telemonitoraggio previsto, effettuando così un controllo della qualità costante ed una raccolta di feedback, incentivando il self reporting per un scambio d'informazioni nel modo più semplice e completo possibile.

LIMITI. Il DECRETO 21 settembre 2022 circa "Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio. (22A06184) (GU Serie Generale n.256 del 02-11-2022)" riportano le Linee guida che stabiliscono i requisiti funzionali e livelli di servizio per la progettazione dei servizi di telemedicina da parte delle Regioni e Province Autonome, al fine di garantire una diffusione ed omogeneità progettuale nell'intero territorio nazionale, evidenziando i requisiti tecnici indispensabili per garantire l'efficienza nell'attuazione dei servizi di telemedicina, ovvero supportare dal punto di vista tecnico le regioni e le province autonome per la definizione e composizione delle iniziative progettuali sui servizi di telemedicina afferenti al PNRR. Seppur l'obiettivo ponga le basi per l'implementazione dei micro servizi, la digital literacy ed i necessari percorsi di formazione, da rivolgere ai pazienti fruitori del servizio e/o ai loro caregivers, ed l'erogazione di servizi di televisita, teleconsulenza, telemonitoraggio e teleassistenza 7/7 giorni h24, potrebbero limitarne l'applicabilità per l'annualità in corso.

CONCLUSIONI. Il telemonitoraggio può migliorare la qualità della vita con un impatto importante in termini di contenimento della spesa sanitaria, ponendosi come una preziosa risorsa per la medicina d'emergenza-urgenza, quale supporto per la gestione delle attività di pronto intervento mirate all'eliminazione del rischio. I micro servizi di telemedicina risultano ampiamente trasversali per la prevenzione secondaria, incidendo sulla cura, riabilitazione e diagnosi della patologia.

Autore per la corrispondenza: Cuscianna Eustachio - Azienda Sanitaria Locale di Matera -
Email: eustachio.cuscianna@asmbasilicata.it

54. Le UCA e la riorganizzazione dell'assistenza territoriale

Cuscianna Eustachio, Magno Giuseppe, Pulvirenti Sabrina
ASM Matera

BACKGROUND. La pandemia da SARS-CoV-2 rappresenta, tutt'oggi, una criticità sindemica che spesso non risulta completamente nota al sistema economico, sociale ma soprattutto sanitario. In tale contesto, il compito delle istituzioni regionali è quello di individuare la corretta allocazione delle Case di Comunità (CdC), degli Ospedali di Comunità (OdC) e delle Centrali Operative Territoriali (CoT), al fine di una corretta rilevazione ed elaborazione dei fabbisogni epidemiologici rispetto alla composizione demografica ed agli indici di rilevazione della situazione socio-economica della popolazione destinataria.

OBIETTIVI. Il Sistema Sanitario Nazionale dovrà farsi garante di quel principio di sussidiarietà e prossimità espresso dalla Carta Costituzionale, generando in tal senso un nuovo modello di erogazione assistenziale destinata, al contempo, sia alla società nel suo complesso, sia rispetto ad un determinato territorio.

METODI. Nel nuovo disegno sanitario territoriale saranno, dunque, previsti nell'ambito del distretto sanitario la Casa di Comunità, quale garante di un'assistenza multidisciplinare primaria, l'Ospedale di Comunità, con riguardo all'assistenza infermieristica, la Centrale Operativa Territoriale da intendersi, invero, come uno strumento organizzativo finalizzato alla corretta distribuzione delle cure sanitarie in base alla capacità reddituale. In linea con il PNRR, Missione 6 Salute, Componente 1, "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", attraverso lo stanziamento di fondi regionali, e dunque con ovvie e possibili differenziazioni tra regione e regione, si renderà necessaria la creazione di nuove Unità di Continuità Assistenziale (UCA), alle cui competenze già acquisite dovranno aggiungersi anche quelle in ambito di prevenzione territoriale.

RISULTATI. Le UCA svolgeranno le loro attività direttamente sul territorio come équipe di professionisti sanitari, operanti sul territorio di riferimento attraverso l'ausilio di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza), in collaborazione attiva con MMG e PLS delle AFT/UCCP, attivando anche metodologie d'approccio integrate come l'ambulatorio a bassa complessità.

LIMITI. Appare oltremodo limitante il riparto delle risorse, finalizzate al potenziamento dell'assistenza territoriale, contenute dalla Legge di Bilancio, in riferimento all'assunzione, in deroga al tetto di spesa, di personale destinato alle nuove strutture dell'assistenza territoriale, ai sensi dell'art. 1, comma 274 della legge n. 234 del 2021.

CONCLUSIONI. Si renderà, dunque, necessario adottare un modello "Hub & Spoke" secondo il quale ai presidi ospedalieri territoriali saranno affiancate delle ulteriori strutture provinciali ambulatoriali a bassa complessità quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale, al fine di una più ampia decompressione ospedaliera. Il PNRR ed il DM 77/22 rappresentano, ad oggi, un'incardinato legislativo ed operativo con il precipuo compito di salvaguardare e sorvegliare la collettività a livello sanitario valorizzando il bisogno del singolo ed avvicinandosi il più possibile ad un'approccio Planetary Health.

55. il tempo prezioso della sicurezza delle cure

Davolio Federica, Beqiri Fladona, Bellardi Eugenia, Corrado Maria Grazia, Curea Madalina, Gandolfi Nadia, Grisolia Antonella, Manfredini Tania, Medici Roberta, Rognoni Giorgia
Società cooperativa sociale Domus Assistenza

BACKGROUND. La necessità di garantire cure sicure all'interno delle CRA, obiettivo primario per Domus Assistenza, cooperativa sociale di Modena gestore accreditato di servizi per Anziani, è divenuta lo stimolo per ripensare e innovare l'insieme delle azioni attuate per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza degli utenti. Per far fronte a una strutturale carenza di personale, la Regione Emilia Romagna ha emanato l'Avviso per la manifestazione di interesse di medici chirurghi, infermieri, operatori socio-sanitari in possesso di abilitazione estera [...], divenuto presto uno degli strumenti che ha permesso di riallineare il numero di unità previste da accreditamento, sostenere l'apertura dei servizi e garantire l'accesso ai potenziali utenti. La qualità dell'assistenza non è definita solo dal numero di unità in organico, quindi si è reso necessario implementare un percorso per sostenere l'inserimento e la formazione dei neo assunti stranieri, condividendo priorità e obiettivi del ruolo, coinvolgendo gli infermieri di coordinamento (RAS).

OBIETTIVI. Facilitare l'integrazione di personale sanitario con cultura e formazione diversa da quella italiana; Promuovere la consapevolezza di una comunicazione efficace; Favorire assistenza di qualità evidence-based; Definire processi di cura personalizzati e condivisi nei vari servizi.

METODI. Il Sistema ISO di DA prevede una procedura di selezione, inserimento e addestramento del personale, integrata da strumenti per la mappatura delle competenze in entrata dei neo assunti e la definizione dei bisogni formativi. La Direzione Sanitaria di DA ha rilevato, nell'equipe con i RAS, la necessità di definire un'ulteriore scheda per il monitoraggio e l'analisi delle competenze tecniche, relazionali, comunicative e decisionali dell'infermiere, su cui attivare percorsi di miglioramento finalizzati al raggiungimento di competenze minime per l'adattabilità della posizione. Nell'operatività quotidiana questo si traduce nella predisposizione di turni che vedono sempre un infermiere "junior" affiancato da uno "senior"-esperto. Nella pratica, l'affiancamento di chi ha il titolo straniero continua fino al raggiungimento dell'autonomia nella gestione dei percorsi di cura, sia operativa, che procedurale e linguistica. Successivamente un'intervista non strutturata alle 8 RAS, online e registrata, ha indagato i processi a rischio di errore nelle CRA, soprattutto in una fase complessa di carenza di personale.

RISULTATI. I temi emersi sono: - preparazione e somministrazione della terapia, attività ad alto rischio di errore per le frequenti interruzioni interne ed esterne; - comunicazione tra professionisti anche per barriere linguistiche; - informazioni ai famigliari sullo stato di salute dei residenti (LDP/comunicazione di una caduta...) La criticità maggiore è la carenza di personale "possiamo parlare di qualunque cosa ma se non abbiamo infermieri non sappiamo cosa fare". Riguardo la valutazione di nuovi percorsi, è stata proposta una procedura sulla SICUREZZA DELLE CURE, finalizzata a presidiare tutte le attività che comportano "rischio", per sostenere la cultura della sicurezza, per individuare il "processo di attività migliore", erogare l'assistenza e rendere l'ambiente di lavoro trasparente e aperto alle innovazioni.

LIMITI. L'ipotesi di avvalersi della NCS, Nursing Competence Scale, già validata in letteratura, è stata scartata in quanto necessitava di un addestramento ad hoc per l'utilizzo, non realizzabile per scarsità di tempo e risorse. La "valutazione dell'inserimento neo assunto" è una scheda, non validata, in uso presso DA, rivista con i RAS e adattata a chi in possesso di titolo estero: la modifica di uno strumento già noto ha facilitato una migliore aderenza all'utilizzo e assicurato la compilazione corretta nei tempi richiesti.

CONCLUSIONI. Nonostante le difficoltà dovute a carenza di personale e assenze causate dal COVID, la Direzione Sanitaria ha mantenuto stretti contatti con i RAS, per sostenerli nel ruolo di responsabili COVID, fornire indicazioni aggiornate, stimolando la riflessione critica e supportando il processo decisionale. Lo studio ancora in corso prevede uno step successivo, con interviste strutturate, incentrato sulla mappatura delle competenze inerenti i temi di maggior interesse (lesioni da pressione, rapporto con le persone con demenza, identificazione e definizione di progetti di cure palliative). La successiva assegnazione di incarichi trasversali si auspica possa incidere positivamente sulla motivazione, riducendo il fenomeno dell'"intent to leave". L'ultimo step prevede l'utilizzo del SOPS® - Surveys on Patient Safety Culture™ - per il quale l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ci ha autorizzati alla traduzione e che sarà strumento di verifica per la cultura del rischio e della sicurezza all'interno della CRA e finalizzato al miglioramento delle cure erogate.

Autore per la corrispondenza: Davolio Federica - Domus Assistenza società cooperativa sociale -
Email: davolio.federica@gmail.com

56. La piattaforma di telemedicina "Ci prendiamo cura di te": l'esperienza ASL di Rieti alla luce del DM 77/22

De Luca Assunta, Petti Anna, Totaro Michele, Pitorri Mauro, Della Vedova Daniele, Gasparri Cristina, D'Innocenzo Marinella

Azienda Sanitaria Locale di Rieti

BACKGROUND. La pandemia Sars-Cov2 ha rappresentato la sfida organizzativa più rilevante degli ultimi tempi evidenziando la flessibilità del SSN e la capacità delle organizzazioni di assistenza e cura di implementare soluzioni innovative di diagnosi, trattamento e monitoraggio della popolazione, anche da remoto, in discontinuità rispetto a un modello prevalentemente prestazionale e frammentato. Tale processo di cambiamento e innovazione è stato ancora più marcato e necessario in un territorio, come quello reatino, ampio e mal collegato, con una densità abitativa di 55 abitanti/Km2 e caratterizzato da un'elevata presenza di over 65 e da una popolazione mediamente fragile, in termini di condizioni socio- economiche e di cronicità. In questo contesto e in linea con il PNRR, il DM77 e il Piano Territoriale Aziendale 2022-2024, la ASL di Rieti ha implementato modelli organizzativi per rafforzare un'assistenza proattiva e di prossimità soprattutto verso quei cittadini cronici, dei Comuni più interni e isolati, attraverso la costruzione di reti cliniche integrate multiprofessionali, multidisciplinari e digitalmente interconnesse. Tale processo ha trovato attuazione attraverso la costruzione di un ecosistema digitale sanitario costituito dalle diverse applicazioni digitali impiegate dai professionisti sanitari e non, interni ed esterni alla ASL, coinvolti nella presa in carico del paziente. A oggi il 90% dei processi clinico assistenziali della ASL sono digitalizzati prevedendo l'impiego di strumenti informatizzati per la gestione del paziente tra i quali la cartella ambulatoriale, ospedaliera e socio assistenziale, il registro della sala operatoria, la cartella clinica dell'hospice, dell'ADI e dei servizi sociali.

OBIETTIVI. Il percorso di digitalizzazione iniziato dalla ASL di Rieti nel 2017 è stata la preconditione, organizzativa e tecnologica, per un'efficace implementazione della piattaforma di telemedicina "Ci prendiamo cura di te" (CPCT) attivata dalla ASL nel 2022 con l'obiettivo di: favorire la permanenza del paziente presso il proprio domicilio durante tutto il percorso di cura; connettere i cittadini con il sistema salute del territorio in modo semplice e veloce, secondo un approccio Human digital; connettere i diversi professionisti della salute; guidare e supportare il paziente nel percorso di cura favorendone l'empowerment; raccogliere dati sulla salute del cittadino.

METODI. La piattaforma CPCT è gestita dalla Centrale Operativa Aziendale (COT) con funzioni di coordinamento della presa in carico del paziente nei diversi setting assistenziali, anche attraverso la telemedicina, di organizzazione della logistica degli spostamenti e di raccordo tra servizi e professionisti del territorio provinciale e servizi sanitari extra provinciali. La piattaforma consente di effettuare, attraverso appositi KIT, il monitoraggio a distanza dei parametri vitali dei pazienti, di raccogliere dati utili al personale sanitario per valutare l'andamento della patologia nonché di intervenire tempestivamente in caso di superamento dei valori soglia. Sono svolte anche televiste e, per i casi più complessi, teleconsulti tra professionisti operanti in strutture fisiche diverse come, per esempio, tra il PASS di Amatrice, la struttura di riabilitazione ex art.26 di Poggio Mirteto, la Casa circondariale/REMS, l'Hospice e il DEA dell'ospedale di Rieti. La teleriabilitazione, teleradiologia, telenursing e altri servizi progressivamente attivati dalla ASL di Rieti hanno avuto un'impatto positivo sulla salute dei pazienti e sul benessere dei professionisti, in termini di riduzione di spostamenti sul territorio.

RISULTATI. A oggi la COT gestisce mediamente 400 telefonate/die e 250 pazienti/die e circa 1.000 nuove prese in carico ADI/mese passando da 5.158 del 2019 a 12.248 del 2022.

LIMITI. Le criticità più rilevanti alla diffusione della telemedicina sono da ricondurre alla carenza di connettività in alcune zone interne del reatino con conseguente difficoltà o impossibilità di utilizzare lo strumento. Ulteriore limite è rappresentato, come emerso da un'indagine effettuata dalla ASL su un campione di pazienti, dalla carenza di competenze digitali nella popolazione, soprattutto quella anziana, che ne limita l'utilizzo. Rispetto a questa criticità la ASL, con il coinvolgimento dei Comuni e dei diversi stakeholder, sta progettando e avviando percorsi di formazione per diffondere nella popolazione conoscenze in materia di digitalizzazione.

CONCLUSIONI. La sfida dei prossimi anni sarà, dunque, quella di riorganizzare la rete infrastrutturale del territorio e i relativi modelli di erogazione delle prestazioni per migliorare e aumentare i servizi di prossimità anche attraverso la telemedicina, passando da una logica centrata sulla "cura" a un sistema basato sul "bisogno". Il territorio deve essere la porta d'accesso alle cure e il perno intorno a cui costruire risposte ai bisogni di salute della comunità, anche grazie a modalità di integrazione basata su strategie di "community building".

Autore per la corrispondenza: De Luca Assunta - Azienda USL di Rieti - Email: deluca.assunta@yahoo.it

57. Disturbi della Nutrizione e Alimentazione: l'innovazione organizzativa per rispondere all'emergenza Post Pandemia COVID. Studio pilota

Delalio Alessia, Consolati Mauro Domenico, Razzini Cristina, Vita Antonio
Asst Spedali Civili di Brescia

BACKGROUND. La pandemia Covid ha avuto un forte impatto sui Disturbi della Nutrizione e Alimentazione (DNA) con incremento di nuovi casi e maggior gravità dei quadri clinici, anche dal punto di vista somatico, aggravando ulteriormente un trend già osservato dal 2019 nei pazienti afferenti al Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare dell'ASST Spedali Civili di Brescia. Il servizio offre una presa in carico multidisciplinare e multi-professionale su tre livelli di cura (Ambulatoriale, Semiresidenziale MAC e Residenziale h24) mediante un programma di trattamento riabilitativo psiconutrizionale con durata media di 100/124 gg. I percorsi si completano con il follow up ambulatoriale. L'equipe segue la persona nei diversi setting garantendo continuità del percorso e costante presenza di figure di riferimento, elemento essenziale per lo sviluppo del cambiamento organizzativo presentato. L'indicatore più sensibile dell'aumento della gravità dei casi trattati è la durata dei trattamenti residenziali h24 così suddivisi: inferiori ai 100 gg; tra 100 e 124 gg (durata media); oltre soglia media (fascia popolata dai casi più gravi). Al crescere del numero di ricoveri lunghi, prolungandosi i tempi d'attesa, si riduce inevitabilmente il numero di nuovi ingressi nell'arco dell'anno solare. Nel 2017 i ricoveri inferiori a 100 gg erano il 56%, l'11% con durata media e il 33% con durata superiore. Questi ultimi assorbivano il 56% di tutte le giornate di ricovero. L'attesa per un nuovo ingresso era 47,2 giorni. Nel 2019 si riducono al 20% (-36%) i ricoveri < 100 gg, aumentano al 33% (+22%) le degenze da 100/124 gg e quelle oltre media raggiungono il 47% (+14%). L'attesa media diviene di 66,9 giorni. Nel 2021, dopo la fase più grave della pandemia, recuperano modestamente i ricoveri più brevi (29 %, + 7 %), le degenze da 100/124 gg passano al 18% (- 15%) e quelle oltre media al 53% (+6%) assorbendo il 69% delle giornate di ricovero erogate (l'attesa media è 69,75 giorni). A gennaio 2022 otto dei nove ricoveri presenti si concludono sopra soglia, come il 50% dei nuovi ingressi del primo semestre con attesa prolungata a 104.8 gg. L'evidenza dei dati ha portato dunque l'equipe a cercare una soluzione organizzativa che modificasse questo andamento senza ridurre la qualità del percorso riabilitativo. Nel secondo semestre 2022 si è così promossa una terza tipologia di percorso che prevede il ricovero h24 nelle prime e più complesse fasi di cura con successivo passaggio in MAC per la conclusione del percorso allo scopo di ridurre le degenze oltre media e aumentare la possibilità di nuovi ingressi in degenza.

OBIETTIVI. Scopo di questo studio è rilevare la variazione di durata dei ricoveri e dei tempi d'attesa per un nuovo ingresso dopo l'introduzione della innovativa strategia riabilitativa. Obiettivo: valutare l'impatto della terza tipologia di percorso sulla riduzione dei ricoveri "lunghi" e sui tempi d'attesa per l'ingresso in degenza.

METODI. Metodo: Studio pilota di tipo osservazionale retrospettivo prospettico per confrontare i tempi d'attesa e di durata dei ricoveri 2022 rispetto a 2021 (post pandemia), 2019 e 2017 (pre-pandemia). Criteri di inclusione: ricoveri h24 degli anni considerati. Criteri di esclusione: percorsi interrotti (auto dimissioni e dimissioni premature).

RISULTATI. Risultati: 30 su 33 ricoveri 2022 rispondono ai criteri selettivi. Il nuovo percorso è stato introdotto nel secondo semestre 2022, ma si è valutato tutto il 2022. I dati, aggiornati al 13/02/2023, sono relativi a 25 dimissioni, il 60% (15) ha completato il percorso in MAC. Rispetto al 2021 migliorano tutte le fasce di degenza: sotto 100 gg +5% (33%); nella media + 11% (29%); oltre soglia -16% dei ricoveri (38%) che hanno assorbito il 53% (-16%) del totale delle giornate di ricovero erogabili (dati più bassi rilevati dal 2017). Nel 2022 i tempi d'attesa per un ingresso passano da 104.8 gg nel primo semestre a 65.7 del secondo. L'anno si conclude comunque con un valore di 86.25 gg (il più alto degli anni osservati) riuscendo ad arginare la riduzione del numero di nuovi ingressi (33 nel 2022 contro i 35 del 2021)

LIMITI. Lo studio rileva i dati di sei mesi di sperimentazione con necessità di conferma nel 2023. Si valuteranno inoltre, a lungo termine, gli esiti riabilitativi rispetto la coorte di pazienti che ha effettuato percorsi standard.

CONCLUSIONI. I dati preliminari suggeriscono una ricaduta positiva del nuovo percorso con riduzione di ricoveri oltre soglia media e tempi d'attesa per l'ingresso, diversamente, con tutta probabilità, destinati a raddoppiare nel 2022. I dati rilevati a fine 2022 si pongono in linea con il 2017, elemento ancora più significativo se considerata la maggior gravità dei casi trattati, conseguenza della pandemia. Si sottolinea l'importanza dell'equipe multi-professionale dedicata che, garantendo la continuità nei due setting di cura, è condizione "sine qua non" per l'implementazione di questo cambiamento organizzativo.

Autore per la corrispondenza: Delalio Alessia Delalio - ASST Azienda Socio Sanitaria Territoriale Degli Spedali Civili di Brescia - Email: alessia.delalio@yahoo.it

58. Integrazione territorio e Day Hospital Clinica di Malattie Infettive in corso di pandemia per Covid-19

D'Elia Denise, Ditaranto Leonardo Maria, Ditaranto Pier Paolo, Floreani Manuela, Geminiani Monica, Martini Luca, Prativiera Francesca, Semenzin Tosca, Sovran Valentina, Tascini Carlo
P.O.U. "Santa Maria della Misericordia" – ASUFC di Udine

BACKGROUND. Per fronteggiare la malattia da coronavirus 2019 (Covid-19) si è avuta l'esigenza di creare un'Osservazione Breve Intensiva (OBI) Covid all'interno del Day Hospital della Clinica di Malattie Infettive dell'ospedale di Udine. In questo modo si è potuto centralizzare in un presidio HUB i pazienti che rientravano nei criteri AIFA di somministrazione di terapie anti-virali o anticorpi monoclonali. La finalità terapeutica dei suddetti trattamenti consiste nell'evitare l'ospedalizzazione per la popolazione fragile o per i pazienti considerati a rischio di sviluppare polmoniti gravi da Covid-19.

OBIETTIVI. Lo studio si pone l'obiettivo di descrivere quali trattamenti sono stati somministrati ai pazienti arruolati.

METODI. Lo studio è di tipo descrittivo. Ogni soggetto incluso rientrava nei criteri AIFA e presentava uno o più dei seguenti fattori di rischio: età > 65 anni, BMI = 30, IRC, DM non controllato (HbA1c > 9,0% o 75 mmol/mol), malattia cardio-cerebrovascolare, BPCO, epatopatia cronica, emoglobinopatie, patologie neurodegenerative e del neurosviluppo, immunodeficienza primitiva o secondaria. Sempre attraverso i medesimi criteri il medico stabiliva quale trattamento fosse più adatto alla singola persona. I pazienti trattati non presentavano forme gravi di malattia da Covid-19 né la necessità di ossigeno-terapia. Tutti i pazienti avevano una prestazione compilata dal MMG con priorità "U" inviata tramite la digitalizzazione informatizzata. La maggior parte di loro sono stati segnalati all'ambulatorio dagli stessi MMG per non ritardare la presa in carico. I dati sono stati raccolti dal 1 settembre 2021 al 27 giugno 2022.

RISULTATI. In totale sono stati trattati 1296 pazienti: 1002 (77.3%) con anticorpi monoclonali, 157 (12.1%) con il Molnupinavir. Attraverso lo studio RCT "Mantico", 89 (6.9%) nel quale poteva essere somministrato al paziente, previa randomizzazione, o un anti-virale o un anticorpo monoclonale e 48 (3.7%) con il Paxlovid.

LIMITI. La monocentricità dello studio e la tipologia dello stesso (studio descrittivo) possiedono già di base dei limiti intrinseci. Il fatto di non aver raccolto altri dati limita ulteriormente la visione dell'insieme.

CONCLUSIONI. Pur essendo una piccola realtà creata durante la pandemia da Covid-19, l'OBI della Clinica di Malattie Infettive dell'ospedale di Udine ha saputo organizzarsi e affrontare le avversità che quel periodo ha imposto mettendo però in primo piano la sicurezza e la salute delle persone più fragili.

59. La Business Continuity Plan nel management delle aziende sanitarie: prima esperienza strutturata secondo processi per PDTA ed integrata con un modello di continuità operativa secondo lo standard ISO 22301:2019.

Dell'Atti Lucio¹, Papa Roberto¹, Incicchitti Leonardo¹, Zanni Katia¹, Zampa Andrea², Caporossi Michele¹
¹Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche, ²Consultek Group srl di Fano

Direzione Generale, Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche, Ancona

BACKGROUND. La nostra Azienda Ospedaliero Universitaria (AOU) Regionale delle Marche ha intrapreso dal 2018 un percorso di certificazione di tutti i settori ed attività attraverso l'implementazione e sviluppo dei percorsi diagnostico e terapeutici per PDTA. I nostri PDTA Aziendali (al momento 34) sono tutti certificati secondo ISO 9001:2015. Un'interruzione dei servizi di emergenza-urgenza può compromettere rapidamente la cura del paziente. Il Business Continuity Plan (BCP) o piano di continuità operativa, rappresenta un piano di sicurezza alternativo che un'azienda deve possedere per poter continuare la propria operatività in caso di disruptions (o modalità di guasto). Se la gestione del rischio è stata fatta in maniera ragionata attraverso una Business Impact Analysis (BIA) è possibile definire la migliore strategia di difesa del patrimonio e dell'immagine aziendale, ottimizzare l'efficienza operativa di recupero dei servizi e ridisegnare gli spazi per la salute.

OBIETTIVI. Lo scopo di questo lavoro è stato quello di descrivere la nostra esperienza nel promuovere un modello di azienda sanitaria strutturato secondo PDTA ed integrarlo con un sistema di continuità operativa secondo lo standard ISO 22301.

METODI. La formulazione di questo progetto è stata condotta dalla SOSP di Qualità e Rischio Clinico dell'AOU delle Marche la quale ha costituito un Team di continuità operativa Aziendale con tutte le figure professionali responsabili dei vari settori ospedalieri d'interesse. La metodologia adottata nello studio per l'analisi dell'impatto sull'operatività e sulla valutazione del rischio prevede l'effettuazione di un'analisi di Risk Assessment attraverso l'utilizzo di un software come mezzo per la formulazione di una BIA relativa alle disruptions correlabili ai PDTA considerati "critici" per una interruzione della continuità operativa. Il Team definito individua gli scenari di crisi e, per ciascuno di essi, i sotto scenari (modalità di guasto) che possono creare problemi alla continuità operativa dei PDTA coinvolti nell'analisi. Il Team ha individuato 4 scenari (scenario 1 - Hospital Disaster Management dei Servizi Informatici; scenario 2 - Carenza infrastrutture; scenario 3 - Carenza risorse umane; scenario 4 - Forniture) e 32 sottoscenari. Successivamente si è passati al calcolo dell'indice di Vulnerabilità e la valutazione dell'indice d'Impatto nei vari PDTA aziendali. Una volta definiti il livello di vulnerabilità e l'impatto di ciascun PDTA, si è proceduto a definire il livello di rischio, inteso come misura dell'esposizione di un sistema a minacce. Per gli scenari le cui modalità di guasto presentano un più alto rischio, l'Azienda definisce dei BCP che vengono integrati ai PDTA. Sono stati individuati i PDTA tempo dipendenti da coprire con il sistema di gestione di Business Continuity (ISO 22301:2019), afferenti ai percorsi aziendali in emergenza e urgenza e tempo- dipendenti quali STEMI, TRAUMA ed ICTUS attraverso un preciso percorso metodologico.

RISULTATI. Nel mese di Settembre 2022 un Ente di certificazione esterno ha condotto una visita ispettiva verificando la capacità dell'Azienda di reagire e rispondere agli scenari emergenziali in conformità e aderenza a tutti i requisiti richiesti dalla norma internazionale. La nostra Azienda è la prima azienda a livello nazionale ed internazionale ad essere certificata per PDTA integrati con un sistema di continuità operativa secondo lo standard ISO 22301. Tale progetto di certificazione ha preveduto un percorso di progettualità che si è avvalso della durata di circa 12 mesi. Tale percorso ha compreso un accurato processo BIA (1 mese), la creazione di procedure strutturali (3 mesi), la ridefinizione ed aggiornamento dei PDTA alla luce del piano di continuità aziendale (3 mesi), la preparazione di esercitazioni atte a garantire e soddisfare obiettivi di continuità operativa ed assistenziale (3 mesi) ed infine la sensibilizzazione e formazione dei nostri stakeholders in merito alla sua corretta applicazione (2 mesi).

LIMITI. Per quanto concerne invece i costi strettamente legati ad un impianto aziendale strutturato di BCP, c'è da tener in considerazione il costo tempo/uomo necessario a reclutare e organizzare riunioni tra i team di lavoro impiegati nella realizzazione del piano di continuità e nel redigere specifiche procedure aziendali. Tra costi va inoltre inclusa la realizzazione di scenari per esercitazioni pratiche e test che soddisfino gli obiettivi della BCP stessa, utilizzando minacce identificate nell'analisi di rischio o altri eventi appropriati.

CONCLUSIONI. L'impegno dell'ISO 22301 ed un programma strutturato aziendale di BCP attraverso un accurato processo di BIA favoriranno indubbiamente un risparmio economico alle strutture sanitarie favorendo una continuità operativa per gli asset critici per l'erogazione dei propri servizi.

Autore per la corrispondenza: Dell'atti Lucio - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Email: lucio.dellatti@ospedaliriuniti.marche.it

60. Qualità e innovazione dei Servizi territoriali: l'esperienza della ASL 8 di Arezzo

Desideri Enrico¹, Triggiano Luigi², Randellini Elio², Catarini Massimo³, Capra Luigi⁴

¹Fondazione Sicurezza in sanità - Agenas, ²ASL Sud Est Toscana, ³Ospedale di Macerata, ⁴AUSL di Piacenza

BACKGROUND. Background. Il SSN sta vivendo un momento critico che corre il rischio di essere aggravato da logiche operative di tipo prestazionale e non di "accompagnamento e cura", che rappresentano invece il "vincolo etico positivo" delle Cure primarie. Nel DM77 non vi è traccia di un modello di governance del distretto e dei servizi territoriali orientato ad un approccio olocrativo delle relazioni e delle decisioni come l'area delle cure primarie, e non solo, richiederebbe. Evidente la carenza di indicatori di processo nell'ambito del management del Distretto, della Casa di Comunità e delle strutture organizzative (UCCP e A.F.T) del territorio. Il PNRR e il DM 77, così come mediato dalle Regioni, non saranno in grado di risanare e rilanciare il SSN qualora il processo di rinnovamento si limiti a rincorrere i flussi di finanziamento dei modelli operativi proposti senza un Distretto forte che favorisca il governo della domanda e della risposta, l'integrazione operativa dei servizi, lo sviluppo di programmi e di obiettivi di salute accompagnati da attività di monitoraggio, auditing e accountability. Obiettivo: Descrizione di un nuovo approccio (maturato dalla ASL 8 di Arezzo dal 2000 al 2017) alle politiche di sviluppo della Primary Care. Implementazione del Governo Clinico del Territorio e del metodo "olocratico" nell'esercizio del management, come "esempio di buona pratica" utile per il processo di governance del Distretto e delle Case di Comunità finalizzato al raggiungimento degli obiettivi di riforma dichiarati dal PNRR e dal DM 77

OBIETTIVI. Obiettivo: Descrizione di un nuovo approccio (maturato dalla ASL 8 di Arezzo dal 2000 al 2017) alle politiche di sviluppo della Primary Care. Implementazione del Governo Clinico del Territorio e del metodo "olocratico" nell'esercizio del management, come "esempio di buona pratica" utile per il processo di governance del Distretto e delle Case di Comunità finalizzato al raggiungimento degli obiettivi di riforma dichiarati dal PNRR e dal DM 77

METODI. Metodo. Reale presa di coscienza dei determinanti sociali che minano la salute della popolazione e la sostenibilità dei processi assistenziali. Volontà di cambiamento (espressa anche in sede di Conferenza dei Sindaci) mediante un nuovo approccio politico alla Primary Care. Innovazione della governance Aziendale e Distrettuale (G.C. del distretto e delle C.d.S.). Avvio di un network "comunicativo" globale coinvolgente tutti i settori aziendali e sociali: dalla Direzione, ai Tavoli di Programmazione e Negoziazione aziendale, dalla direzione di Distretto all'intera componente della MG e P.I.S. convenzionata, della Medicina Specialistica, di tutti i servizi territoriali Sanitari e Sociali (Asl e Comune), dei Soggetti Sociali e Associativi. Nuovo ruolo del Distretto socio-sanitario come garante della domanda e non più solo come luogo di erogazione di prestazioni, attraverso nuovi strumenti gestionali (budget di distretto, ufficio di direzione di distretto, sistema informativo socio-sanitario di distretto, profilo di salute) e nuove forme di governo clinico del territorio affidate alla Medicina Generale

RISULTATI. Risultati. Sviluppo della "pro attività", (l'iniziativa verso l'altro: cittadino, paziente, servizio, collega), come paradigma etico non solo applicato alla gestione delle malattie croniche, ma anche alle "relazioni di sistema" del nuovo management. Implementazione di 13 AFT su tutto il territorio e di 7 C.d.S. su 13 progettate. Implementazione dei moduli del Chronic Care Model nelle AFT (nelle C.d.S. e in diverse "medicines di gruppo"). Nomina dei Coordinatori clinici (Distretto, C.d.S. AFT) eletti dai colleghi (leadership "riconosciuta" e non di "ruolo"). Implementazione delle Reti cliniche integrate con la Medicina Specialistica per sei malattie croniche prevalenti (PDTA condivisi). Individuazione di Indicatori di processo e misure di qualità per una conduzione efficace delle Case della Salute (anche come strumento di autovalutazione). Implementazione di Indicatori di esito per la medicina di iniziativa e di attività di audit sull'appropriatezza dell'uso delle risorse in tutte le AFT. La relazione annuale come strumento di accountability e di programmazione della Casa della Salute

LIMITI. Limiti. Mancata capitalizzazione delle buone pratiche da parte dei governi nazionali e regionali. Autoreferenzialità e scarsa propensione alla cooperazione di alcuni dirigenti/servizi, Scarsa cultura della Primary care. Debolezza qualitativa della committenza pubblica. Eccessiva variabilità nella formazione e nelle capacità manageriali e comunicative di alcuni direttori generali rispetto ai valori e agli obiettivi del SSN

CONCLUSIONI. Conclusioni: L'esperienza nasce come un processo di botton-up che parte da una visione condivisa tra direzione Aziendale e Componente della Medicina Generale circa la promozione della salute collettiva e lo sviluppo della Primary Care come vero determinante di salute. Un uso attento e motivato degli strumenti normativi correnti (Legge Balduzzi, Convenzione Nazionale della MG e accordi regionali) hanno permesso la nascita di un processo di innovazione del management territoriale del distretto che oggi può rappresentare un utile contributo per uno sviluppo di un moderno SSN

Autore per la corrispondenza: Triggiano Luigi - Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Sud Est -
Email: drtriggiano@gmail.com

61. La relazione assistenziale nel fine vita. Una revisione narrativa della letteratura.

Di Paolo Domenico, Bonari Alexandru
Infermiere

BACKGROUND. La relazione di aiuto che si instaura con il paziente nel «fine vita» è da sempre stata riconosciuta come una delle più impegnative dal punto di vista affettivo; in quanto l'infermiere è la figura professionale che si rapporta di più con persone in fase terminale di malattia e che è più a contatto con la morte. Oltre all'erogazione delle prestazioni in merito alle cure palliative necessarie e alle volontà del paziente, è fondamentale che l'infermiere guardi il morente con rispetto e sensibilità, ponendosi dalla parte dell'assistito e dei suoi bisogni. "Ascoltare" e "comprendere" sono le parole chiave per consolidare l'assistenza in modo che l'aspetto olistico dell'uomo accresca nell'operatore la risonanza emotiva e la premura empatica verso le preoccupazioni, il dolore e la sofferenza della persona assistita.

OBIETTIVI. Lo scopo del presente lavoro è quello di evidenziare quanto la figura dell'infermiere sia di aiuto per malati terminali, caregiver e familiari durante l'ultima fase della vita e come queste persone affrontino questi momenti.

METODI. È stata scelta una revisione della letteratura come metodo e i dati raccolti sono stati estrapolati da 17 articoli scientifici, ricerche su siti internet ufficiali e banche dati come Pubmed. Dalla suddetta ricerca ho escluso tutti gli articoli che non fossero disponibili nella versione integrale e tutti gli articoli pubblicati in anni precedenti al 2012. Inoltre, sono stati utilizzati principalmente gli operatori booleani "AND" e "NOT".

RISULTATI. Dai dati raccolti si è evinto che il rapporto tra i malati terminali, i familiari e il personale sanitario si basa su compassione, empatia e simpatia e che queste tre spesso vengono confuse o mal interpretate. La simpatia è descritta come una risposta basata sulla compassione indesiderata e fuorviante, che sembra concentrarsi solo sull'alleviare l'angoscia dell'osservatore nei confronti della sofferenza del paziente, piuttosto che l'angoscia del malato stesso. L'empatia, invece, è vissuta come una risposta affettiva che riconosce e tenta di comprendere la sofferenza dell'individuo attraverso la risonanza emotiva. La compassione, infine, è identificata come il mezzo di cura preferito dai pazienti, poiché aggiunge qualità distintive come il ruolo altruistico del caregiver, il quale svolge le proprie azioni motivato dalla gentilezza e dall'amore verso la persona assistita. Quindi, è risultato fondamentale instaurare un dialogo semplice e formativo con i pazienti e i loro familiari; in quanto il loro coinvolgimento nelle cure e nelle decisioni riguardanti l'assistenza incrementa la loro soddisfazione e migliora gli ultimi momenti della loro vita. In conclusione, possiamo notificare che la comunicazione tempestiva riguardo l'aspettativa di vita e la tipologia di assistenza tra l'equipe infermieristica e il paziente può decisamente migliorare l'end of life care.

LIMITI. L'argomento trattato in questo elaborato presenta diversi limiti, tra cui i più rilevanti sono la vastità dell'argomento che inevitabilmente non può essere affrontato completamente e la mancanza del trattamento dell'assistenza in ambito pediatrico.

CONCLUSIONI. La comunicazione tra pazienti e il personale sanitario rimane difficoltosa a entrambe le parti, in quanto il personale sanitario spesso non riesce a comprendere a pieno la situazione in cui si trova attualmente il malato terminale, mentre dall'altra parte il paziente percepisce gli infermieri come estranei e riscontra problematiche nell'instaurare un dialogo attivo che possa migliorare realmente il proprio "fine vita". L'assistenza alla famiglia o al caregiver del malato, infatti deve far parte di tutto il trattamento di supporto che si attua nei confronti del paziente terminale. Occorre, quindi, porre costante attenzione al nucleo familiare e proporre pianificazioni che soddisfino i bisogni anche dei componenti delle famiglie che hanno al loro interno un malato terminale. Di fatto, il nucleo familiare rappresenta un punto fermo nella vita del morente, essi sono presenti prima e durante la malattia. Essendo gli infermieri dei professionisti transitori nella vita dei malati e delle famiglie, essi mettono in atto delle strategie di collaborazione tra le famiglie e personale sanitario. Saranno necessarie delle future rivisitazioni della letteratura sanitaria attuale e una implementazione delle guide cliniche pratiche che possano migliorare l'end of life care dei malati terminali, garantendo loro una assistenza simpatica, empatica e compassionevole. E, inoltre, possiamo affermare che andrebbe migliorata la formazione infermieristica per quanto riguarda l'acquisizione e il miglioramento delle capacità relazionali, già durante il percorso universitario.

Autore per la corrispondenza: Di Paolo Domenico - Centro E. Bignamini - Don Gnocchi -
Email: domenicodipaolo98@gmail.com

62. PBL e Covid 19: risultati di una sperimentazione in modalità e-learning per migliorare le competenze infermieristiche in ambito clinico

Fiorentini Michela¹, Gatti Chiara¹, Pelusi Gilda², Fiorentini Rita²

¹AOU delle Marche, ²Univpm

BACKGROUND. Il Problem-Based Learning (PBL) è un approccio pedagogico che è incentrato sullo studente e che utilizza l'analisi di un problema come scenario da cui partire per nuove conoscenze. È una strategia d'insegnamento costruttivistica che si basa sulla presentazione di problemi e sull'apprendimento attivo dello studente, incrementando le abilità e ragionamento critico. Esso prevede l'insegnamento e apprendimento tra pari in piccoli gruppi anche attraverso l'uso di casi clinici tratti dalla realtà assistenziale e l'insegnante agisce come facilitatore, guidando e monitorando il processo. Esso promuove l'apprendimento autodiretto, l'efficace risoluzione dei problemi, la comunicazione e le capacità di comunicazione.

OBIETTIVI. Valutare l'impatto secondo il modello di Kirkpatrick soffermandosi sui primi due livelli: gradimento e apprendimento. Nello studio si analizzano il livello di gradimento da parte degli studenti nel corso di laurea magistrale in scienze Infermieristiche ed Ostetriche (CDLM SIO) e la valutazione delle conoscenze nella gestione della puerpera affetta da Covid-19.

METODI. Il laboratorio è stato implementato in e-learning tramite piattaforma Teams presso l'Università Politecnica delle Marche. L'attività ha preso avvio ad aprile 2020 e il laboratorio si è attuato in 4 giornate (aprile-giugno 2021). Hanno assistito al laboratorio e risposto ai questionari, 27 studenti del II anno di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche (CDLM SIO). Dopo la ricerca in letteratura della metodologia del PBL, si è scelto il caso clinico relativo al Covid-19. Nella 1° giornata di laboratorio, sono state presentate le slides sul PBL e il caso clinico. Nella seconda seduta di PBL tutti e 27 gli studenti erano presenti online, n. 7 studenti hanno avuto un ruolo attivo nella ricerca individuale e autonoma delle informazioni incomplete e non chiare. Nella terza sessione il tutor d'aula ha presentato i questionari, che sono stati poi compilati dagli studenti. Il quarto giorno tutti gli studenti hanno compilato il questionario a risposta multipla, per la valutazione delle competenze apprese sul PBL con votazione in trentesimi.

RISULTATI. Dai risultati dei questionari somministrati ai 27 studenti del CDLM SIO 2020-2021, 23 studenti su 27 sono stati soddisfatti dal modulo didattico sperimentato. Essi hanno dato un feedback positivo al tutor: egli è riuscito a cogliere bene il tema da trattare e l'approccio da mettere in atto durante il PBL. 23 studenti su 27 riferiscono che la docente ha rispettato l'orario delle lezioni, ha padronanza dei temi trattati e ha un linguaggio espositivo chiaro. Nel progetto è stato utilizzato il questionario secondo modello di Kirkpatrick per valutare la formazione. Esso è stato compilato da 24 studenti su 27. 19 studenti su 24 hanno trovato coinvolgente la metodologia del PBL in modalità e-learning. Alcuni studenti riconoscono che aver partecipato al laboratorio è stato un momento formativo che ha lasciato una conoscenza nel tempo più ferma. Uno studente afferma che il PBL potrebbe essere usato anche durante il corso di laurea triennale di Infermieristica e non solo nel CDLM SIO. Uno studente ritiene questo metodo innovativo. Un altro studente dice che è una metodologia utilizzabile in differenti contesti e quindi fruibile in una molteplicità di casi. Gli studenti dai risultati emersi, sono stati valutati in modo ottimale sia sulla capacità di presentare le informazioni in modo ordinato, sulla capacità di esprimersi in maniera chiara e sulla partecipazione in modo attivo e pertinente. Lo studente è stato valutato anche per l'apprendimento di conoscenze e competenze del PBL attraverso 10 domande. 23 studenti su 27 hanno risposto correttamente a tutte e 10 le domande, 2 hanno risposto bene a 8 domande su 10 e 2 studenti hanno risposto bene a 7 su 10 domande.

LIMITI. I principali limiti dello studio riguardano la ridotta numerosità campionaria e il disegno di studio monocentrico che non permettono di generalizzare i risultati all'intera popolazione di studenti magistrali italiani. Inoltre, non è presente un gruppo di controllo.

CONCLUSIONI. Il metodo impone lo studio da parte dello studente nelle auto-ricerche. Il PBL trasforma lo studente in soggetto attivo nel proprio apprendimento e promuove lo sviluppo di capacità decisionali attraverso l'identificazione e l'analisi dei problemi reali. L'attività formativa ha permesso allo studente di avere maggiori conoscenze: nella partecipazione, progettazione di un PBL e-learning e nella gestione della puerpera con Coronavirus. Il metodo è stato apprezzato dagli studenti che hanno mostrato interesse ed entusiasmo. Emerge che gli studenti che apprendono con il PBL sono più bravi nel mantenersi aggiornati e nel mantenere una conservazione dei dati a lungo termine.

Autore per la corrispondenza: Fiorentini Michela - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Email: michela.fiorentini@ospedaliriuniti.marche.it

63. Problem-Based Learning apprendere per problemi: una revisione della letteratura

Fiorentini Michela¹, Gatti Chiara¹, Pelusi Gilda², Fiorentini Rita²

¹AOU delle Marche, ²Univpm

BACKGROUND. Il Problem-Based Learning (PBL) è una metodologia utilizzata in piccoli gruppi condotti da un tutor che funge da facilitatore e propone problemi realistici ma incompleti che motivano gli studenti a discutere prima tra di loro e, successivamente, a ricercare al di fuori del gruppo le informazioni necessarie per risolvere il problema. I problemi sono formulati nella maniera più concreta possibile ed il loro grado di complessità dovrà essere adeguato alle conoscenze di partenza dei discenti e anche alle caratteristiche del gruppo al quale lo si propone. L'insegnante è un facilitatore nel PBL e diviene un docente tutor esperto nei processi: deve, infatti, in base ai bisogni formativi e alle caratteristiche dei discenti, saper gestire e progettare i processi per rendere valida la metodologia. Lo studente è posto al centro dell'apprendimento, diviene fautore dei propri risultati e sceglie coscientemente quali debbano essere gli obiettivi da perseguire. Egli è responsabilizzato in quanto è lui stesso a portare avanti il proprio apprendimento ed è invitato a capire quali nozioni ha bisogno di assumere per giungere alla risoluzione del problema.

OBIETTIVI. Ricercare in letteratura la variabile "impatto" del PBL sugli studenti delle professioni sanitarie.

METODI. La ricerca in letteratura è stata svolta tra i mesi gennaio e febbraio 2021 ed è strutturata con metodo PRISMA. Nelle banche dati MEDLINE, Cochrane e Cinhal sono state lanciate le seguenti stringhe: "problem-based learning AND nursing courses" e "web-based problem based learning AND nursing courses". Filtri: articoli originali, lingua inglese e italiano, 20 years, specie umana. Dai motori di ricerca sono stati inizialmente restituiti n. 79 records, di cui n. 3 sono stati immediatamente eliminati in quanto erano duplicati. Successivamente, n.76 articoli sono stati sottoposti a screening e valutazione qualitativa. Dai 56 articoli selezionati ne sono stati ritenuti eleggibili e inclusi nello studio 27.

RISULTATI. Dai 27 articoli estrapolati in letteratura si evince che il PBL migliora i risultati educativi dell'apprendimento centrato sullo studente. È una metodologia utilizzata in piccoli gruppi condotti da un tutor e propone problemi realistici ma incompleti che motivano gli studenti a ricercare le informazioni per risolvere il problema affrontato (Torp et al, 2002). Secondo uno studio si evidenzia che gli studenti infermieri hanno percepito che un buon tutor preparato e con capacità di facilitazione, centrato sulla persona, che svolge il suo compito con passione, professionale è in grado di preparare gli studenti al successo nell'utilizzo di tale metodo (Maich et al,2016). Dovrebbe essere prestata attenzione alla formazione e alla selezione dei tutor che svolgono un ruolo critico nel processo PBL (Gwee, 2009). Un insegnamento efficace nell'apprendimento basato sui problemi è essenziale e ha effetti significativi sull'apprendimento, sulla motivazione e sull'esperienza degli studenti infermieri. Si denota che gli studenti che apprendono con il PBL sono più bravi nel mantenersi aggiornati (Colliver, 2000). Questa metodologia fornisce un approccio formativo più stimolante, motivante e piacevole per gli studenti e per i docenti (Norman & Schmidt, 2000). Il PBL ha facilitato lo sviluppo delle capacità di acquisizione delle conoscenze; è un metodo usato in tutti i continenti, consente di migliorare il pensiero critico, l'autonomia, l'attitudine alla ricerca, la capacità di lavorare in gruppo e la risoluzione dei problemi (Santos et al. 2019). In un ambiente di insegnamento di grandi dimensioni, l'approccio didattico web-PBL sembra essere più ottimale dei metodi di insegnamento tradizionali (Ding & Zhang, 2018). Gli studenti preferiscono il PBL online poiché percepiscono meglio le informazioni e usano al meglio il tempo (Savin-Baden, 2019).

LIMITI. I limiti principali dello studio sono l'aver revisionato solo studi in lingua inglese o italiana e il non aver utilizzato Mesh Terms.

CONCLUSIONI. Attraverso la discussione e il confronto, il PBL permette allo studente di sviluppare le abilità di lavorare in gruppo e, attraverso il ragionamento critico, promuove simultaneamente capacità di problem solving e competenze disciplinari, integrando le conoscenze di base e generando così nuovi bisogni di apprendimento.

Autore per la corrispondenza: Fiorentini Michela - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Email: michela.fiorentini@ospedaliriuniti.marche.it

64. Percezioni e opinioni degli infermieri strumentisti sulle competenze infermieristiche avanzate in chirurgia robotica pediatrica

Franconi Ilaria, Fioretti Marco, Gatti Ludovica
Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche

BACKGROUND. L'uso della chirurgia robotica (CR) sta aumentando in ambito pediatrico, in modo particolare in urologia, che è la disciplina con la più alta percentuale di personale formato. In letteratura è ancora molto dibattuto il rapporto tra costi e benefici di questo tipo di approccio chirurgico. Alcuni autori sostengono che i costi delle ospedalizzazioni associate alla CR siano superiori ai costi associati alla chirurgia non robotica. Altri sostengono che tale metodica abbia comportato una diminuzione delle perdite di sangue, del dolore post-operatorio, della durata della degenza ospedaliera, con una convalescenza più rapida. L'infermiere strumentista, dopo la preparazione dello strumentario specifico, provvede alla copertura sterile del robot e alla calibrazione del braccio robotico, per poi assistere l'aiuto chirurgo al tavolo operatorio durante l'intervento. Tale infermiere deve sviluppare "competenze avanzate" per fornire il supporto adeguato alla gestione dei processi assistenziali e scenari tecnologicamente complessi.

OBIETTIVI. Il presente lavoro si propone di indagare quali siano le "competenze avanzate" necessarie per ottimizzare il lavoro degli infermieri strumentisti in ambito di CR pediatrica, dal punto di vista del personale infermieristico stesso che vi opera.

METODI. Si tratta di uno studio di tipo qualitativo fenomenologico descrittivo, con un campione composto da sei infermieri con almeno due anni di esperienza in CR, reclutati su base volontaria. Lo studio prevede l'utilizzo di interviste non strutturate, audioregistrate e trascritte, come strumento di raccolta dati, tutte condotte, previo consenso dei partecipanti. Il metodo Colaizzi è stato utilizzato per l'analisi dei dati. Tutti i partecipanti sono poi stati ricontattati per validare i concetti emersi dall'analisi dei dati.

RISULTATI. I sei infermieri (età media di 46 ± 9 anni) hanno dichiarato che un infermiere strumentista in CR pediatrica ha una "necessità di una formazione iniziale di tipo teorico, seguita da una formazione sul campo continua, strutturata di tipo specialistico". Inoltre, è emerso che è necessario possedere "una sincera motivazione", oltre che una "expertise alimentata da un costante aggiornamento delle conoscenze teoriche e pratiche". È poi necessario avere "una naturale predisposizione a lavorare con pazienza e precisione", oltre ad "essere curiosi e amanti della tecnologia". Tutti gli infermieri intervistati hanno dichiarato che è necessario essere già esperti di chirurgia pediatrica per poter lavorare con il robot, in quanto "bisogna sempre considerare la possibilità di una conversione dell'intervento in chirurgia tradizionale".

LIMITI. Il lavoro ha come limite quello di avere un campione di soli sei infermieri, pertanto potrebbe essere utile replicare il lavoro aumentando il numero di infermieri a cui rivolgere le interviste.

CONCLUSIONI. Secondo le opinioni e percezioni degli infermieri stessi che operano in CR pediatrica, le "competenze avanzate" necessarie sono la precisione, motivazione, formazione specifica, esperienza, oltre a un interesse per la tecnologia. Il lavoro mette in evidenza i due aspetti fondamentali della competenza infermieristica avanzata, che si confermano anche nell'ambito della Chirurgia Robotica Pediatrica: • la formazione strutturata di tipo specialistico come base per la costruzione del profilo di competenze specifiche; • il carattere esperto dell'infermiere, alimentato durante l'intero arco del proprio esercizio professionale attraverso l'aggiornamento, la ricerca e la riflessione attiva e critica sull'esperienza pratica.

Autore per la corrispondenza: Fioretti Marco - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Email: marco.fioretti@hotmail.it

65. La presa in carico della persona in un blocco operatorio materno-infantile: definizione di un piano di assistenza individuale (P.A.I.) standard del paziente sottoposto ad intervento chirurgico

Franconi Ilaria, Fioretti Marco, Gatti Ludovica
Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche

BACKGROUND. Nell'ambito dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona, il Blocco Operatorio (B.O.) rappresenta uno snodo cruciale per la garanzia e la salvaguardia della mission aziendale. La presa in carico della persona candidata ad intervento chirurgico in elezione o in urgenza – emergenza, in ambito materno-infantile, comporta un continuo e costante sviluppo delle competenze in grado di dare risposte appropriate alla persona assistita e che rappresentano il terreno culturale sul quale coltivare l'autorevolezza dell'infermiere stesso. L'infermieristica, infatti, è una scienza in costante evoluzione. Il continuo ampliamento delle conoscenze e la sempre maggiore esperienza clinica, nonché i feedback preziosi dei pazienti espressi in forma individuale ma non solo, porta alla conseguente necessità di continue modifiche nell'offerta assistenziale e quindi dell'attivazione di processi infermieristici validati.

OBIETTIVI. Al fine di rispondere quindi ad esigenze formative specifiche, si è resa necessario attivare la proposta di una attività di miglioramento, offrendo ai professionisti coinvolti la possibilità di realizzare un percorso condiviso sulla tracciabilità della prassi infermieristica, quale elemento cruciale per la personalizzazione delle cure ed assistenza. Gli obiettivi specifici di tale project work sono stati: 1. Individuare un percorso che facilitasse la presa in carico dell'utente da parte dell'Infermiere del B.O. e, in un secondo momento, del collega del reparto di degenza chirurgico 2. Migliorare la teoria e prassi del nursing 3. Elaborare un Piano di Assistenza del paziente sottoposto ad intervento chirurgico in ambito materno infantile

METODI. Per il raggiungimento dell'obiettivo, è stata organizzata un'attività di miglioramento rivolta a circa venti infermieri del B.O. e dei reparti di degenza chirurgici. L'attività è stata realizzata con 5 incontri di 3 ore. Gli incontri sono stati così organizzati: 1. Presentazione del percorso e analisi dei processi da attivare; Definizione di un piano di lavoro e assunzione di compiti per la raccolta del materiale; 2. Analisi, lettura del materiale bibliografico raccolto. Consultazione ed approfondimenti argomenti mediante utilizzo siti internet; 3. Scrematura e revisione del materiale utile e necessario all'elaborazione del documento e ipotesi di prima bozza documento; 4. Stesura dei documenti del P.A.I.; 5. Revisione e produzione dei documenti finali.

RISULTATI. È stata realizzata un'attività didattica in aula per approfondire e aggiornare le conoscenze necessarie per affrontare la presa in carico delle persone in Blocco Operatorio materno – infantile. Durante i cinque incontri gli infermieri, partendo dall'analisi dei bisogni assistenziali dei pazienti che transitano in Blocco Operatorio, hanno elaborato un piano di assistenza standard applicabile al paziente sottoposto ad intervento chirurgico nell'area materno-infantile. In particolare: - È stata realizzata una scheda di raccolta dati pre-procedura, che dovrà essere compilata dagli infermieri di reparto prima dell'accesso in sala operatoria; - È stato creato un documento di sintesi, che dovrà essere compilato in BO, relativamente all'assistenza infermieristica intra-operatoria. - È stata sviluppata una diagnosi infermieristica specifica per il paziente sottoposto a intervento chirurgico, che permetta l'applicazione del processo di nursing. Tale documentazione, dopo essere stata autorizzata dalla Direzione Sanitaria, è stata messa in uso.

LIMITI. Uno dei maggiori limiti è stato quello di sviluppare una sola diagnosi infermieristica. Si è scelto di testare le competenze degli infermieri in relazione all'applicazione del processo di nursing, utilizzando una diagnosi, per poi implementarne altre in futuro.

CONCLUSIONI. Al fine di garantire un continuum nell'attività assistenziale e evitare la perdita di informazioni importanti, si è voluto realizzare un percorso condiviso sul miglioramento e sulla tracciabilità della prassi infermieristica, quale elemento cruciale per la personalizzazione delle cure ed assistenza. A tale proposito è risultata necessaria la realizzazione di due documenti di raccolta dati: uno pre-procedura e uno per l'intra-operatorio. Inoltre, si è voluto applicare il processo di nursing, con lo sviluppo di una diagnosi infermieristica ad hoc per il paziente chirurgica in sala operatoria.

Autore per la corrispondenza: Fioretti Marco - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Email: marco.fioretti@hotmail.it

66. Modello di analisi dei PDTA di patologia Oncologica per l'efficientamento dei percorsi e l'implementazione dei servizi

Galis Veronica, Tampellini Marco, Di Girolamo Emilia, Minniti Davide, Dall'occo Franca
ASL TO3

BACKGROUND. Nel corso degli ultimi anni, grazie alla sinergia multiprofessionale degli Ospedali di Rivoli, Pinerolo e dell'AOU San Luigi di Orbassano, nonché alla collaborazione tra centri Hub & Spoke Regionali e di Quadrante previsti all'interno della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, sono stati introdotti specifici PDTA per patologia oncologica. Sono inoltre attualmente in fase di ufficializzazione i nuovi PSDTA Regionali per patologia, che forniranno l'occasione per una revisione dei Percorsi già presenti a livello Aziendale, integrando ed ottimizzando i percorsi già previsti con le eventuali nuove indicazioni, che saranno contestualizzate all'interno del territorio dell'ASL TO3. Seppur l'attività per patologia oncologica sia stata garantita durante l'intero periodo pandemico, la piena applicazione dei PDTA è stata chiaramente resa difficoltosa dal contesto epidemiologico di riferimento. Per ovviare alle criticità presenti, oltre all'incremento del numero di prestazioni erogabili attraverso l'applicazione del Piano Aziendale per il Recupero delle Liste di Attesa, nel corso del 2022 è stata quindi istituita la Rete Oncologica Aziendale, con funzioni trasversali e di sistema, volta a riproporre le azioni di competenza contenute nel Piano Triennale 2021 – 2023 della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, nonché di riprendere tutta l'attività ordinaria ivi inclusa quella progettuale e di monitoraggio in parte sospesa a causa della Pandemia da Covid-19.

OBIETTIVI. Tra le funzioni predominanti della Rete Aziendale è prevista quella di applicare e contestualizzare nel corso del 2023 i PSDTA Regionali al contesto Aziendale, monitorandone l'attuazione ed individuando azioni correttive qualora si riscontrassero delle difficoltà, con il fine di garantire il rispetto degli indicatori non esclusivamente attraverso l'aumento degli slot disponibili per prestazione, ma anche attraverso una riorganizzazione interna dei processi.

METODI. Per la realizzazione di tale progetto verrà applicato un modello di studio che prevede l'analisi sistematica dei percorsi previsti dai PDTA specifici per patologia con contestuale schematizzazione dei processi attraverso flow chart, la fotografia dello stato dell'arte al TO relativamente all'attuazione dei percorsi stessi con focus specifico rivolto al rispetto delle tempistiche ed all'erogazione dei servizi previsti (individuando qualora necessario ulteriori indicatori di qualità) le discrepanze relative al rispetto degli standard previsti dai percorsi stessi, le cause (sia interne sia esterne al sistema) delle eventuali criticità e discordanze dall'atteso riscontrate e l'individuazione di soluzioni organizzative atte a diminuire tali discostamenti. Sarà inoltre analizzato l'andamento della mobilità passiva in base al distretto di residenza degli utenti, al fine di definirne le cause e le possibili strategie per il suo contrasto.

RISULTATI. A livello Aziendale sono attualmente presenti i PDTA relativi ai tumori della/del Prostata, Rene, Vescica, Testicolo, Colon-Retto, Gastrico, Testa Collo, Mammella e Pancreas e, tra questi, si è deciso di applicare il modello di studio previsto in modo sperimentale al PDTA per tumore della Mammella. L'intero percorso è stato schematizzato attraverso flow-chart ed indicazione delle tempistiche previste per l'erogazione delle prestazioni ed è in corso l'informatizzazione dei relativi flussi per il loro costante monitoraggio. Attualmente il modello di analisi è quindi in fase di applicazione ed i primi risultati sono previsti al termine del primo semestre 2023.

LIMITI. È ipotizzabile che sebbene la riorganizzazione dei percorsi renderà maggiormente efficienti i servizi non potrà essere totalmente risolutiva delle criticità, soprattutto ove, in linea con quanto avviene a livello Nazionale, sussistano necessità di incremento di personale.

CONCLUSIONI. Da tale modello di analisi sortiranno delle proposte proattive riguardo le possibili azioni correttive/migliorative da mettere in atto per il rispetto degli standard previsti, il cui esito sarà costantemente monitorato.

67. Applicazione del dialogo aperto nei soggetti schizofrenici: una revisione integrativa della letteratura

Galli Francesco¹, Fiorella Davide Pio¹, Comparcini Dania¹, Tomietto Marco², Pastore Francesco³, Galli Federica⁴, Mercuri Maurizio¹, Cicolini Giancarlo⁵, Simonetti Valentina⁵

¹Univpm, ²Northumbria University (UK), ³Università degli Studi di Roma TorVergata, ⁴AST Marche Pesaro-Urbino,

⁵Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari, ⁶LUM "Giuseppe Degennaro di Casamassima (BA)

BACKGROUND. Nell'assistenza alla persona affetta da schizofrenia il Dialogo Aperto (Open Dialogue - OD) è un approccio di trattamento innovativo, sviluppato per la prima volta in Finlandia, centrato sulla famiglia e sulla rete sociale a partire dalla manifestazione di un primo esordio psicotico. Il primo incontro di trattamento definisce l'avvio di questo intervento durante il quale partecipano sia il paziente, con i suoi familiari, sia tutti gli operatori che sono coinvolti nel percorso di cura. Il primo operatore che interviene nell'esordio della malattia organizza il gruppo multidisciplinare per l'OD. In letteratura, alcuni studi suggeriscono le potenzialità di questo approccio nel miglioramento degli outcomes clinico-assistenziali dei soggetti schizofrenici. L'attuale pandemia da nuovo coronavirus SARS CoV-2 (COVID-19) ha determinato criticità relative alle attività clinico-assistenziali nell'ambito della Salute Mentale, costituendo tuttavia un forte stimolo a "ripensare" alle strategie di trattamento, in particolare, per i pazienti schizofrenici. Strategie integrate, multiprofessionali e multidisciplinari, come l'OD, potrebbero essere implementate anche attraverso l'uso delle tecnologie digitali, in un processo di valorizzazione di setting assistenziali multilivello.

OBIETTIVI. Riassumere i risultati degli studi sull'utilizzo dell'OD nelle persone affette da schizofrenia. Nello specifico, analizzare i benefici a livello fisico, psicologico e sociale correlati all'implementazione di questo approccio e determinare le eventuali criticità riscontrate durante la sua applicazione.

METODI. È stata effettuata una revisione integrativa della letteratura, secondo quanto definito dal metodo Whittemore & Knaf (2005) che consente di includere studi con differenti disegni di ricerca (quantitativi, qualitativi) al fine di fornire una prospettiva generale ed esaustiva sul fenomeno considerato. Sono stati consultati i database Medline (PubMed), SCOPUS, Cochrane Library, Google Scholar. È stata inoltre analizzata la letteratura grigia. Le stringhe di ricerca sono state formulate a partire dalle seguenti parole chiave: "Schizophrenia", "Psychotic disorders", "Open Dialogue", "Open Dialogue Approach". Sono stati inclusi tutti gli studi pubblicati in lingua italiana o inglese, con disegno di tipo quantitativo (osservazionale e sperimentale) o qualitativo, che analizzavano l'implementazione dell'OD come approccio terapeutico nei pazienti, adolescenti e adulti, con disturbo psicotico schizofrenico al primo esordio di malattia.

RISULTATI. Sono stati inclusi in totale sette articoli, di cui quattro studi quantitativi, osservazionali (due condotti in Finlandia, uno negli Stati Uniti D'America e uno in Danimarca), uno studio qualitativo condotto in Finlandia e due articoli che descrivono l'esperienza applicativa del modello all'interno di due contesti assistenziali italiani. Complessivamente, i risultati degli studi inclusi suggeriscono esiti positivi correlati all'utilizzo dell'OD, riportando anche il mantenimento a lungo termine degli esiti del trattamento, tra cui la ridotta ospedalizzazione, l'uso ridotto di trattamenti farmacologici, miglioramenti in termini di capacità lavorativa. Tuttavia, l'OD non ha mostrato effetti a lungo termine per quanto riguarda le intenzioni suicidarie dei pazienti. I risultati qualitativi degli studi inclusi hanno evidenziato anche la soddisfazione dei pazienti e dei familiari, in particolare, per il coinvolgimento attivo nel processo decisionale e per la possibilità di dialogare apertamente all'interno di un gruppo multidisciplinare.

LIMITI. Il principale limite della revisione riguarda i contesti nei quali sono stati effettuati gli studi: la maggioranza delle ricerche riguarda, infatti, i contesti Finlandesi. Inoltre, gli studi condotti, nello specifico, su popolazioni di pazienti affetti da schizofrenia sono scarsi e, principalmente, presentano disegni di studio di tipo osservazionali retrospettivi.

CONCLUSIONI. L'approccio dell'OD, grazie al precoce coinvolgimento delle persone affette da schizofrenia e al mantenimento dell'interazione con la famiglia e l'ambiente sociale, sembra svolgere un ruolo importante nel prevenire l'aggravamento delle condizioni di salute dei pazienti e nel mantenere, nel tempo, gli effetti positivi del trattamento. I risultati di questa revisione, nonostante i limiti sopraelencati, suggeriscono che il modello dell'OD potrebbe essere implementato con successo anche in altri contesti assistenziali diversi da quello finlandese, considerando i dati incoraggianti provenienti dalle esperienze negli Stati Uniti D'America e in Italia. Tuttavia, è necessario condurre ulteriori studi, con disegno sperimentale, in diversi contesti clinico-assistenziali al fine di esplorare, in maniera approfondita, l'efficacia di questo approccio. Inoltre, sarebbe interessante approfondire l'applicabilità dell'OD nell'odierno contesto sociosanitario, caratterizzato dall'impatto che la pandemia COVID-19 ha avuto, e continua ad avere, sui percorsi di cura e sulla qualità di vita delle persone affette da schizofrenia.

Autore per la corrispondenza: Comparcini Dania - Università Politecnica delle Marche - Facoltà di Medicina e Chirurgia
- Email: danica.comparcini@staff.univpm.it

68. Ruolo dell'infermiere nell'assistenza alla persona con anoressia nervosa: una revisione della letteratura

Galli Francesco¹, Irene Filomeni¹, Valentina Simonetti², Marco Tomietto³, Federica Galli⁴, Pasquale Palumbo¹, Francesca Gallone¹, Alessia Giambartolomei¹, Giancarlo Cicolini⁵, Dania Comparcini¹

¹Univpm, ²LUM "Giuseppe Degennaro di Casamassima (BA)", ³Northumbria University (UK), ⁴AST Marche di Pesaro-Urbino, ⁵Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari

BACKGROUND. I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono patologie caratterizzate da un disfunzionale comportamento alimentare, un'eccessiva preoccupazione per il peso e un'alterata percezione dell'immagine corporea. Il comportamento tipico del soggetto con anoressia nervosa è guidato dal timore patologico di ingrassare e comporta rischi seri per la salute, che sono correlati ad una rapida e significativa perdita di peso. L'aspetto centrale del trattamento è il recupero di un peso corporeo sano in relazione all'età dell'individuo, premessa fondamentale per ottenere miglioramenti psicofisici e nella qualità di vita attraverso approcci multidisciplinari e interventi psicoterapeutici. L'attuale pandemia da COVID-19 ha avuto un inevitabile impatto sulla salute mentale e sul benessere psicofisico delle persone, comprese le persone affette da anoressia nervosa, sollevando quindi nuove preoccupazioni rispetto ad una efficace gestione clinico-assistenziale dei percorsi di cura.

OBIETTIVI. L'obiettivo di questa revisione è quello di analizzare il ruolo dell'infermiere e gli interventi assistenziali più appropriati nella presa in carico di questi pazienti.

METODI. È stata condotta una revisione della letteratura al fine di presentare varie prospettive sul fenomeno di osservazione ritenuto importante per la pratica clinica. Sono stati consultate le seguenti banche dati: Medline (PubMed), CINHAL e Cochrane Library attraverso apposite stringhe di ricerca e l'uso di termini MeSH, quali ad esempio: "Anorexia Nervosa"; "Nursing Care/Nursing"; "Nursing Interventions".

RISULTATI. Sono stati inclusi nella revisione sette articoli, di cui cinque studi primari (tre studi qualitativi, uno studio osservazionale retrospettivo, uno studio con metodo misto) e due studi secondari. Gli studi qualitativi hanno esplorato sia il punto di vista degli infermieri sia quello dei soggetti con anoressia nervosa, tramite interviste o videoregistrazioni; invece, gli studi di tipo quantitativo si sono focalizzati sugli standard gestionali e sugli strumenti di valutazione specifici. I risultati evidenziano quattro importanti linee di intervento assistenziale che mirano a garantire l'aumento del peso corporeo, normalizzare il comportamento alimentare, instaurare una buona relazione terapeutica e assistere la persona durante il pasto.

LIMITI. Il limite principale di questa revisione riguarda la ridotta numerosità campionaria considerata negli articoli inclusi, che suggerisce un'elevata possibilità di errori sistematici, in particolare, di selezione, all'interno degli studi primari.

CONCLUSIONI. L'analisi della letteratura ha permesso di delineare il ruolo dell'infermiere nell'assistenza alle persone con anoressia nervosa, il quale deve essere in grado di: instaurare e mantenere una relazione terapeutica efficace basata sulla sincerità e la partecipazione del paziente e dei familiari al percorso di cura; attuare interventi educativi finalizzati al ripristino di un normale comportamento alimentare; garantire un aumento progressivo del peso corporeo pianificando l'assistenza fondata sul rispetto di regole chiare e precise e adottando un approccio direttivo, ma sempre sostenuto da empatia e comprensione, nella gestione e valutazione del pasto assistito. Il contesto sanitario attuale, caratterizzato ancora dalla pandemia COVID-19, potrebbe diventare un'occasione per sviluppare competenze specifiche nella gestione delle persone affette da anoressia nervosa, incrementando anche l'uso delle nuove tecnologie a supporto degli interventi assistenziali.

Autore per la corrispondenza: Comparcini Dania - Università Politecnica delle Marche - Facoltà di Medicina e Chirurgia
- Email: danial.comparcini@staff.univpm.it

69. Carenza di personale e assistenza automatica: l'intelligenza artificiale a supporto delle organizzazioni sanitarie

Gatti Chiara¹, Pioli Fabia², Borgognoni Cinzia¹, Mancini Arianna³, Ciarpella Francesca³, Parato Vito Maurizio⁴, Soccio Angela⁴, Marcelli Stefano⁵

¹AOU delle Marche, ²AST 3 Macerata, ³AST 4 Fermo, ⁴AST 5 Ascoli Piceno, ⁵Univpm

BACKGROUND. Nell'epoca moderna, il termine intelligenza artificiale è stato coniato nel 1955 da John McCarthy. Essa, applicata al contesto sanitario, è un importante sostegno ai professionisti nell'analisi e nel monitoraggio dei risultati clinici ed organizzativi, nel supporto decisionale in contesti di cura complessi e nel favorire l'innovazione ottimizzando complessivamente i costi ed i processi. L'intelligenza artificiale, infatti, può permettere di raccogliere dati ed utilizzarli per creare un profilo molto dettagliato che può aiutare sia ad offrire un'assistenza personalizzata sia a predire i rischi per la salute o l'efficacia di una terapia (Bohr et al., 2020). L'intelligenza artificiale a memoria limitata ha l'abilità di immagazzinare informazioni e previsioni precedenti e viene impiegata per addestrare e rinnovare automaticamente alcuni modelli come il machine learning. Quest'ultimo è utile per fare ipotesi più accurate attraverso un processo di tentativi ed errori, per aiutare a predire il passo successivo da fare in una sequenza ed infine per esplorare percorsi basati su esperienze pregresse, utilizzando simulazioni e statistiche per predire i risultati. In merito a ciò, il machine learning rappresenta una delle principali tecniche di apprendimento automatico.

OBIETTIVI. Lo scopo della ricerca è indagare le principali metodologie di apprendimento automatico nel contesto sanitario e correlare la loro efficienza nel miglioramento della qualità di vita dei pazienti e nell'organizzazione.

METODI. La ricerca bibliografica è stata effettuata sulle seguenti banche dati: CINAHL, EMBASE e MEDLINE (attraverso Pubmed) in un periodo compreso tra novembre 2021 e gennaio 2022. Le parole chiave utilizzate per la ricerca degli articoli sono state: "artificial intelligence", "medicine", "nurs*", "nursing care", "machine learning". I termini sono stati combinati tra loro e sono state formulate n.4 stringhe di ricerca utilizzando gli operatori booleani AND e OR. Attraverso le tre banche dati consultate è emerso un totale di 2487 records. Questi sono successivamente stati sottoposti ad uno screening per identificare l'eventuale presenza di duplicati. Dopo aver rimosso i duplicati, dopo apposizione dei filtri di ricerca (full text e specie umana) e dopo lettura dei titoli da parte di 2 ricercatori indipendenti, i 594 articoli rimasti sono stati sottoposti ad un'ulteriore selezione per determinare quali rispondessero al quesito di ricerca. Un terzo ricercatore è intervenuto in caso di disaccordo tra i primi 2. In seguito ad una preliminare analisi degli abstract, ne sono stati esclusi 489 e sono stati valutati per l'eleggibilità un totale di 105 articoli. In particolare: 78 articoli provenienti da PUBMED, 12 da EMBASE, 15 da CINAHL. Tutti i 105 articoli sono stati poi letti integralmente e analizzati. Di questi, 82 sono stati esclusi e 23 sono stati inclusi nella revisione.

RISULTATI. Dalla ricerca è emersa l'applicazione di diverse tecnologie in molte aree assistenziali. Nel ramo della dermatologia molti studiosi hanno sviluppato dei sistemi di diagnostica automatici in grado di diagnosticare da una foto se una lesione è maligna o benigna, grazie alle reti neurali allenate su migliaia di immagini fino a raggiungere eccellenti livelli di accuratezza nella diagnosi. Anche in patologia clinica l'uso del deep learning permette di fare diagnosi, segnalare variazioni patologiche genetiche, rilevare alterazioni del DNA e predire l'esito di numerose malattie come tumori e malattie infettive. Nel campo della radiologia attraverso l'uso di differenti modalità di acquisizione delle immagini, è possibile istruire la macchina al fine di individuare più facilmente le malattie e poter poi monitorare il follow-up. Questa tecnica utilizzata è il transfer learning, attraverso cui si possono impiegare delle reti neurali profonde per rendere più efficace la classificazione delle immagini. Per quanto riguarda lo specifico della nursing care è emerso che al giorno d'oggi esistono molte tecnologie che permettono di favorire l'assistenza, in primis i robot. Esistono tre generi di robot sanitari: quelli medici, quelli infermieristici e quelli domestici (robot socialmente assistivi o interattivi). Tra i robot maggiormente utilizzati vi sono i "My Spoon" che aiutano i degenti durante i pasti (robot azionabili col mento dei pazienti), gli "Hygienic Machine" che assistono gli anziani nell'igiene personale, i robot morbidi e pelosi da compagnia come i "Paro" con le sembianze di una foca utilizzato per stimolare l'emotività dei pazienti (simile alla pet therapy), infine i "Care-O-Bot" capaci di riposizionare i pazienti a letto o anche di educare le persone a seguire corretti stili di vita.

LIMITI. Il limite principale dello studio è l'aver utilizzato solo 3 banche dati e la non consultazione di letteratura grigia.

CONCLUSIONI. Grazie all'avanzamento tecnologico, si rende necessario un rinnovamento organizzativo ed assistenziale orientato ad una maggiore compatibilità con l'intelligenza artificiale e relativa fruibilità.

Autore per la corrispondenza: Gatti Chiara Gatti - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Email: chiara.gatti2019@gmail.com

70. Cultura della sicurezza del paziente e nuove competenze infermieristiche: una revisione integrativa della letteratura

Gatti Chiara¹, Pioli Fabia², Borgognoni Cinzia¹, Galli Alessia¹, Baglioni Isabella³, Tufoni Simona³, Soccio Angela⁴, Marcelli Stefano³

¹AOU delle Marche, ²AST 3 Macerata, ³Univpm, ⁴AST 5 Ascoli Piceno

BACKGROUND. Nelle Aziende Sanitarie la qualità dei servizi è fortemente condizionata dalle competenze professionali che devono essere adeguate ed idonee all'assistenza, sempre più complessa, erogata all'utente, e per il loro funzionamento si fondano essenzialmente sulle capacità e conoscenze distintive dei singoli professionisti. La sicurezza a livello professionale deve essere intesa come un processo continuo che tende al miglioramento, in cui viene sottolineato il bisogno di programmare in anticipo le azioni di prevenzione. La cultura della sicurezza viene definita in letteratura dalla Health and Safety Commission come il prodotto dei valori individuali e di gruppo, degli atteggiamenti, delle competenze e dei modelli di comportamento che determinano lo stile e la competenza di un'organizzazione sanitaria. Questa definizione pone l'attenzione sia sugli atteggiamenti del gruppo di lavoro sia sul ruolo attivo rivestito dalla comunicazione e dalle misure di prevenzione (Bagnasco A et al., 2013). Il clima della sicurezza viene indicato invece come "l'insieme degli atteggiamenti e delle percezioni degli individui in un determinato momento" (Colla JB et al., 2005).

OBIETTIVI. Misurare in termini di miglioramento qualitativo la correlazione tra cultura della sicurezza e sicurezza del paziente.

METODI. È stata condotta una revisione integrativa della letteratura secondo metodo Whittemore & Knalf (2005) consultando la banca dati Medline (attraverso Pubmed) e Google Scholar nel periodo maggio-giugno 2019 mediante le keywords "health culture", "safety culture", "patient safety", "health communication", "safety organization", "safety", "health", utilizzando gli operatori booleani "AND", "OR" e "NOT". Sono stati considerati gli articoli full-text, pubblicati negli ultimi 15 anni, condotti su specie umana, in lingua inglese, italiana e francese. Gli articoli sono stati selezionati ed analizzati in modo indipendente da n.2 ricercatori, solo in caso di disaccordo è intervenuto un terzo ricercatore, per raggiungere un accordo comune. Dalla ricerca sono stati selezionati 12 articoli di differente disegno di studio, su un totale iniziale di 473 records restituiti prima dell'apposizione dei suddetti filtri e dopo eliminazione dei duplicati.

RISULTATI. Dalla review emerge un elemento costante: un clima positivo della sicurezza è correlato ad un aumento della sicurezza del paziente. Alcune organizzazioni come la Johns Hopkins University (JHU) e l'Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ) hanno condotto studi che aiutano le organizzazioni a misurare la rispettiva cultura della sicurezza dei pazienti. L'AHRQ, dopo aver realizzato un database di 1.032 ospedali statunitensi, ha effettuato una comparazione sulla percezione della sicurezza tra differenti ospedali, utilizzando il questionario "Hospital Survey on Patient Safety Survey Culture". Dai risultati di questo studio si rileva come negli ospedali più piccoli vi è una cultura della sicurezza del paziente più evoluta e stabile e che le unità operative che sono più aperte ad una cultura positiva della sicurezza sono quelle di riabilitazione. Le categorie che hanno distinto maggiormente questo tipo di cultura sono state il lavoro di gruppo all'interno delle unità operative, con una valutazione positiva nell'80% delle risposte, e le aspettative e le azioni da parte del management per la promozione della sicurezza, con una valutazione positiva nel 75%. Lo studio evidenzia che persistono alcune criticità: ad esempio, la presenza di un atteggiamento che metta in atto risposte non punitive di fronte ad eventuali errori ha trovato d'accordo il 44% dei rispondenti; i passaggi di consegna e i trasferimenti sono stati considerati poco problematici solo dal 45%. Da un'altra ricerca del 2010, si evince che Chen et al. in uno studio condotto in Taiwan 4 anni prima hanno rilevato una valutazione positiva della cultura della sicurezza in 42 strutture ospedaliere (pari al 64%). In questo studio la percentuale più alta di risposte positive è stata rilevata per l'item "capacità di lavoro di squadra all'interno delle unità operative", mentre l'item con il punteggio più basso è stato "gestione del personale".

LIMITI. Il principale limite dello studio è la consultazione di due soli motori di ricerca per il reperimento degli articoli inclusi nella review.

CONCLUSIONI. Ad oggi, vi è una dimensione che accentua il bisogno di soluzioni di tipo gestionale che siano nel contempo efficienti e non limitate alle urgenze del caso. Condizione necessaria per la concretizzazione di misure organizzative nelle strutture sanitarie è la promozione della cultura della sicurezza e la prevenzione del rischio. Tale cultura deve esprimersi in un modello che permetta di sviluppare nuove competenze nell'infermiere ed anche un pensiero aperto e, soprattutto, costruttivo attraverso un costante impegno, condivisione e coinvolgimento degli operatori e dei cittadini utenti.

Autore per la corrispondenza: Gatti Chiara Gatti - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Email: chiara.gatti2019@gmail.com

71. E-Health e Numero Verde Covid Regione Marche: uno studio osservazionale longitudinale

Gatti Chiara¹, Celani Linda², Traini Tiziana³, Appignanesi Remo⁴, Tagliavento Giuliano⁵, Spagna Maria Flavia⁵, Soccio Angela⁴, Fiacchini Daniel⁵, Marcelli Stefano³

¹AOU delle Marche, ²Casa di Cura Polispecialistica Villa Verde - Reggio Emilia, ³Univpm, ⁴AST 5 Ascoli Piceno, ⁵ASUR Marche

BACKGROUND. La pandemia da Covid-19 ha avuto come parallelo l'epidemia di notizie vaghe se non del tutto difformi sulla situazione sanitaria, con la diffusione di informazioni poco accurate, allarmiste o del tutto false, rendendo necessaria l'attivazione di costanti flussi comunicativi attraverso linee telefoniche dedicate, al fine di fornire servizi e informazioni per lo sviluppo dell'empowerment della comunità. La Regione Marche ha messo a disposizione della popolazione residente un servizio telefonico regionale per fornire informazioni sull'emergenza Coronavirus e sulle principali misure da adottare per limitare il contagio. Questo numero verde regionale è stato attivato il 25/02/2020.

OBIETTIVI. L'obiettivo dello studio è rilevare l'entità del fenomeno "Numero Verde Covid Regione Marche".

METODI. Tra i mesi di aprile e settembre 2022 è stata realizzata un'analisi quantitativa dei flussi comunicativi relativi all'attività del "Numero Verde Covid Regione Marche" ottenuta da uno studio osservazionale longitudinale dei dati disponibili riguardanti i periodi di attivazione del servizio telefonico, attraverso la quale ricavare informazioni dai quesiti maggiormente esposti dagli utenti che hanno contattato questo servizio, durante la pandemia COVID-19. La raccolta dati è stata condotta tramite l'utilizzo del server "Knowage" raggiungibile esclusivamente dalla rete aziendale. Per poter svolgere l'indagine quantitativa dei dati è stata richiesta un'autorizzazione alla Direzione Sanitaria ASUR per la consultazione del database "Knowage". La selezione dei dati è stata eseguita individualmente da un solo revisore. Il processo di eleggibilità comprendeva l'inclusione dei dati relativi al periodo di attivazione del servizio dal 25/02/2020 al 30/06/2022, organizzati e distribuiti in base all'Area Vasta di appartenenza dell'utente, al motivo per cui l'utente ha sentito il bisogno di contattare il servizio e la tipologia di segnalazione della chiamata al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP). I dati non aderenti ai criteri di inclusione sono stati eliminati, mentre i rimanenti sono stati inclusi nell'analisi quantitativa. Gli elementi ottenuti dalla selezione degli studi sono stati suddivisi in relazione ai tre periodi di attivazione del servizio telefonico della Regione Marche "Numero Verde Covid". Oltre all'utilizzo del database "Knowage" vi è stata la consultazione del "Report finale" (Fiacchini D., 2020) del "Numero Verde Covid Regione Marche" del 15/06/2020 per l'analisi del primo periodo di attivazione.

RISULTATI. Dal 25/02/2020 al 30/06/2022, si registra un totale di 196362 chiamate ricevute, dal quale emerge un elevato quantitativo di richieste da parte dei cittadini riguardo il loro stato di salute, ovvero su problematiche relative al percorso di guarigione (13%, n. 25211), al percorso diagnostico (10%, n. 19226), all'isolamento/quarantena (9%, n. 18476), all'informazioni sui vaccini (47%), le quali mantengono valori costanti in tutte le suddivisioni del periodo di attivazione, seppure l'ultima è stata inserita a partire dal 04/01/2021. Dall'inizio dell'attività fino a giugno 2022, sono state inviate in totale 198.372 segnalazioni ai SISP di competenza, categorizzate come: casi complessi (n. 1.467, 1%) identificati come soggetti meritevoli di ulteriori approfondimenti da parte dell'autorità sanitaria sebbene non rientrassero nei criteri di caso sospetto; segnalazione URP (n. 20.557, 10%), soggetti con quesiti specifici relativi ai servizi offerti a cui non si riesce a dare risposta al momento del contatto telefonico; richieste semplici (n. 176.348, 89%) ordinarie al fine di miglioramento del servizio.

LIMITI. L'accesso ad omogenei sistemi informativi di tutte le regioni italiane ed un team di ricerca più ampio e multiregionale avrebbe permesso di estendere la raccolta e l'analisi dei dati a livello nazionale.

CONCLUSIONI. Lo studio dei flussi comunicativi del "Numero Verde Covid Regione Marche" e l'osservazione della prevalenza di richieste espresse dagli utenti riguardo la gestione della pandemia, hanno portato alla formulazione di un'ipotesi di progettazione di uno strumento innovativo, di facile utilizzo, per la comunità. Quest'ultimo, implementabile in un futuro studio, dovrebbe rappresentare uno strumento per una presa in carico dell'utenza nelle future emergenze sanitarie, allo scopo di sorvegliare proattivamente lo stato di salute dell'utente e fornire indicazioni utili in tempo reale per alla gestione delle sue specifiche condizioni di salute.

Autore per la corrispondenza: Gatti Chiara Gatti - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Email: chiara.gatti2019@gmail.com

72. Il ruolo della ricerca e l'importanza della formazione continua nell'attività infermieristica ed ostetrica. A che punto siamo?

Gatti Chiara, Pelusi Gilda, Parato Vito Maurizio, Rocchi Renato, De Angelis Matteo, Soccio Angela, Gallone Francesca, Marcelli Stefano
AOU delle Marche, UNIVPM - Ancona, AST 5 Ascoli Piceno, AST 4 Fermo, AST 2 Ancona, AST 5 Ascoli Piceno, UNIVPM Ancona, UNIVPM Ascoli Piceno

BACKGROUND. Da decenni il mondo del nursing afferma quanto possa essere importante promuovere la ricerca, la sperimentazione, la cultura della valutazione, la diffusione dei dati per lo sviluppo e l'innovazione della disciplina stessa (FNOPI, 2012). È, però, altrettanto degno d'attenzione come sia oggi ancora necessario ricordare agli infermieri/ostetriche il bisogno di promuovere la ricerca e la sperimentazione. È perciò naturale chiedersi a che livello sia al giorno d'oggi la ricerca infermieristica/ostetrica e in che direzione si stia muovendo. Non è perdonabile infatti che le due professioni che intervengono in maniera più incisiva nel determinare lo stato di salute di coloro che ogni giorno necessitano di assistenza sanitaria, non si prodighino a migliorare e aggiornare le proprie conoscenze. Qual è, quindi, la reale condizione della ricerca infermieristica?

OBIETTIVI. Valutare il rapporto che infermieri e ostetriche hanno con la ricerca ed individuare i punti di forza e debolezza che impediscono la diffusione della ricerca nelle due professioni.

METODI. Al fine di reperire evidenze per rispondere al quesito di ricerca, sono state interrogate le banche dati Medline e Cochrane Library, utilizzando le keywords EBN, EBM, EBP, Nurs*, Midwife, Research, Education, incrociate con l'operatore booleano AND. Inoltre, è stato anche utilizzato il motore di ricerca Google Scholar. Sono stati posti i seguenti filtri: 20 years, full-text, studi primari. Dopo la rimozione dei duplicati, dopo processo di selezione attraverso lettura degli abstract e valutazione qualitativa indipendente da parte di 2 ricercatori (il terzo è intervenuto solo in caso di disaccordo dei primi), sono stati selezionati 9 articoli, successivamente inclusi in tabella bibliografica.

RISULTATI. L'importanza della formazione e della ricerca sono stati ampiamente e lungamente indagati nel corso del tempo. Ogni autore riconosce l'importanza della ricerca e della formazione infermieristica, ma poco oggi si fa per far sì che essa sia parte integrante dell'attività quotidiana degli infermieri. Come anche riportato da Kidd et. Al nel 2019 le pressioni a cui giornalmente sono sottoposti gli infermieri/ostetriche nella loro attività li espongono maggiormente al rischio di burnout, ci sono diversi fattori che concorrono a determinare questa situazione, ma tra questi rientra anche la scarsa consapevolezza di sé e delle proprie competenze. Quindi implementare la formazione e la ricerca potrebbe migliorare oltre che la qualità dell'assistenza anche la soddisfazione dell'infermiere nel riconoscere le proprie abilità. Inoltre, non tutti gli infermieri sono allo stesso livello di preparazione e di conoscenza delle EBP e questo determina diversi gradi di assistenza che un malato può ricevere. Nell'ottica che tutti i cittadini debbano ricevere il miglior livello assistenziale possibile appare ovvio come sia fondamentale implementare il livello di diffusione e quindi di utilizzo delle EBP (Yue et al., 2018). La trasformazione nei modelli educazionali è continua, così come lo sviluppo scientifico; pertanto, restare immobili ad applicare conoscenze vecchie di anni porta a frustrazione da parte degli operatori, diventa quindi prioritario ed imperativo che tutte le istituzioni concorrano all'unisono nella creazione di nuovi programmi di formazione che prevedano maggior spazio e tempo da dedicare alla ricerca (Balakas & Smith, 2016). Nello studio di Cortez et al. del 2016, si è valutata la conoscenza e quindi l'applicazione delle EBP. Il livello di conoscenza delle EBP era del 27% ad inizio progetto, dopo aver somministrato ed educato il personale a comprendere ed applicare nuove evidenze, il livello di conoscenza ed utilizzo era incrementato fino al 37%, lasciando però trascorrere del tempo e rivalutando i livelli di utilizzo delle evidenze il valore era di nuovo sceso fino al 26%. Questo studio è esemplificativo di come le EBP, se giustamente applicate, forniscano un livello di conoscenza maggiore, ma allo stesso tempo hanno necessità di essere curate costantemente all'interno della pratica clinica.

LIMITI. Il principale limite dello studio riguarda la consultazione di due sole banche dati per il reperimento degli articoli inclusi nella tabella bibliografica e l'inclusione di soli studi primari nella revisione.

CONCLUSIONI. Molto spesso si dimentica il lato formativo della professione, si dimentica troppo facilmente come senza ricerca e studio non possa esserci lo sviluppo di nuove evidenze che renderebbero migliore il lavoro di ogni operatore sanitario. Tutte le organizzazioni dovrebbero concorrere per implementare gli interventi utili ad aumentare sia il livello di conoscenza delle EBP, e quindi del loro utilizzo, sia il lavoro di ricerca per poter valutare l'effettiva utilità degli interventi basati sulle EBP.

Autore per la corrispondenza: Gatti Chiara Gatti - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Email: chiara.gatti2019@gmail.com

73. Le origini della Clinical Governance e il confronto tra dirigenza e operatori sanitari: primi passi verso lo sviluppo professionale orientato al miglioramento degli standard of care

Gatti Chiara¹, Pioli Fabia², Borgognoni Cinzia¹, Baglioni Isabella³, Tufoni Simona³, Mancini Arianna⁴, Ciarpella Francesca⁴, Soccio Angela⁵, Marcelli Stefano³

¹AOU delle Marche, ²AST 3 Macerata, ³Univpm, ⁴AST 4 Fermo, ⁵AST 5 Ascoli Piceno

BACKGROUND. Secondo una definizione di Scally e Donaldson (Scally G and Donaldson LJ, 1998) pubblicata sul British Medical Journal la clinical governance è un modello attraverso il quale le organizzazioni del National Health Service, Sistema Sanitario Nazionale Inglese, sono responsabili per il miglioramento continuo dei servizi e delle prestazioni erogate, assicurando gli standard clinico-assistenziali più elevati e creando un ambiente in cui l'eccellenza clinica può prosperare.

OBIETTIVI. Ricercare in letteratura le prime applicazioni di clinical governance e comprenderne il contesto culturale di origine.

METODI. La revisione della letteratura nazionale ed internazionale è stata condotta in modo indipendente da n.2 ricercatori. Un terzo ricercatore è intervenuto nei casi di disaccordo. Lo studio ha previsto la consultazione di banche dati e motori di ricerca quali PubMed, Scopus e Google Scholar, oltre che la consultazione in una biblioteca del settore di n. 3 libri, di cui 1 storico. Ogni ricercatore si è avvalso dell'utilizzo delle seguenti keywords: "clinical governance", origin*, "historical birth", "health management", "governo clinico", incrociandole con gli operatori booleani AND e OR. Dalla ricerca online sono stati restituiti 293 records, ma dopo aver posto il filtro "Species: human", dopo la rimozione dei duplicati e degli articoli non in lingua italiana o inglese, e dopo valutazione qualitativa degli studi restanti, sono stati reputati idonei ai fini della ricerca n.9 articoli.

RISULTATI. La nascita dei principi della clinical governance e le loro prime applicazioni a livello di macroarea sanitaria non sono univocamente databili e collocabili in un contesto storico ben preciso. Come citava nel 1992 Coke nel "Of the foundations, erection and governance of hospitals" i primi profili di clinical governance possono essere fatte risalire al XVII secolo d.C. e, sotto molti aspetti, fino ai tempi del padre della medicina, Ippocrate (460 a.C. - 377 a.C.). La definizione di clinical governance proposta da Scally e Donaldson, tuttavia, introduce alcuni elementi di innovatività di tutto rilievo rispetto a qualunque forma precedente dello stesso concetto. Secondo questi autori, infatti, il soggetto responsabile del miglioramento continuo dei servizi e dell'erogazione dei più elevati standard di qualità, non è solo il singolo professionista ma, soprattutto, l'organizzazione in cui lo stesso opera. Se, per certi versi, dopo decenni di SSN e numerosi secoli dalla nascita dei primi ospedali, il riferimento all'organizzazione può essere considerato scontato, in realtà il concetto di clinical governance assume una valenza dirimente all'interno di un contesto che, storicamente, non è mai riuscito a superare la contrapposizione tra professionisti, forti della propria autonomia clinica e professionale, e manager forti, a loro volta, dei poteri di governo e di gestione loro attribuiti (Calamandrei C, 2015). Per quanto riguarda l'applicazione in termini di programma della clinical governance, come emerge da una pubblicazione su Elsevier di Wright J. e Hill P. (2003), essa crea una rete attorno all'intero sistema coinvolto nella progettazione. Si parte dagli attori, ovvero i pazienti, i cittadini, il NICE (National Institute for Clinical Excellence), la Commissione per il miglioramento sanitario ed i professionisti, fino ad arrivare ai riferimenti di sistema a livello nazionale, che vanno dagli standard espliciti per il problema salute, il monitoraggio e la verifica delle performance e del rispetto degli standard, e l'erogazione a livello locale di prestazioni affidabili e conformi a standard clinico-assistenziali predefiniti, assicurata dalle aziende sanitarie.

LIMITI. Il principale limite dello studio riguarda la non sistematicità con cui è stata svolta l'indagine bibliografica, a causa del carattere storico e, spesso, frammentato del materiale di ricerca.

CONCLUSIONI. Le origini della clinical governance risalgono a tempi decisamente antichi, ma il suo fine ultimo non ha mai preso differente forma nei secoli a venire. I familiari ed i pazienti, in primis, pongono fiducia nei confronti dell'Organizzazione e dell'Azienda Sanitaria cui si rivolgono per l'erogazione di una determinata prestazione. Ad essi deve essere garantita una qualità delle cure sempre eccellente e conforme agli standard clinici e gestionali più aggiornati. Infine, per far sì che ciò si verifichi, è necessario che vengano create a monte (Stato e Regioni) le condizioni tecniche, economiche ed organizzative per agevolare la consapevolezza dei ruoli e l'attuazione della clinical governance stessa.

Autore per la corrispondenza: Gatti Chiara Gatti - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Email: chiara.gatti2019@gmail.com

74. L'impatto della Digital Health nei sistemi sanitari: analisi dei vantaggi e delle criticità

Gatti Chiara¹, Rocchi Renato², Parato Vito Maurizio³, Miconi Tania², Boni Mariavirginia³, Soccio Angela³, Gallone Francesca⁴, Ortolani Sandro⁴, Marcelli Stefano⁴

¹AOU delle Marche, ²AST 4 Fermo, ³AST 5 Ascoli Piceno, ⁴Univpm

BACKGROUND. Con il termine “e-Health” o “Digital Health” viene indicato l’impiego delle “Information and Communication Technology” (ICT) ovvero l’uso di mezzi tecnologici per fornire informazioni, risorse e servizi in sanità, per un miglioramento del benessere di comunità. La definizione del termine telemedicina non è mai stata univoca, ma si è evoluta nel corso della storia, soprattutto a causa della sua trasversalità nel settore sanitario. L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la telemedicina come: «l’erogazione di servizi di cura ed assistenza, in situazioni in cui la distanza è un fattore critico, da parte di qualsiasi operatore sanitario attraverso l’impiego delle tecnologie informatiche e della comunicazione per lo scambio di informazioni utili alla diagnosi, al trattamento e alla prevenzione di malattie [...] nell’interesse della salute dell’individuo e della comunità» (WHO, 1997). Le iniziative del Ministero della Salute italiano all’interno dell’ambito dell’e-health si sviluppano in due principali aree: il supporto ai processi gestionali (come Centro Unico Prenotazioni e Fascicolo Sanitario Elettronico) e il supporto ai processi di cura (come teleassistenza, teleconsulto, telemonitoraggio).

OBIETTIVI. Valutare l’impatto della Digital Health nei sistemi sanitari, definendone vantaggi e criticità.

METODI. È stata eseguita attraverso l’utilizzo di motori di ricerca quali PubMed, Scopus, UPtoDATE e Cochrane Databases una revisione della letteratura nazionale ed internazionale in relazione all’arco temporale degli ultimi 30 anni, attraverso l’utilizzo di specifiche keywords incrociate con l’operatore booleano AND, come e-health, digital health, telemedicina, new health technology, Information and Communication Technology, ICT.

RISULTATI. Secondo l’OMS, le tecnologie digitali sono ormai parte integrante della vita quotidiana e la popolazione mondiale non è mai stata più interconnessa (WHO, 2021). La “Digital Health” rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria consentendo l’erogazione di servizi a distanza attraverso l’uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione. Si possono realizzare servizi che hanno come obiettivo di muovere le informazioni diagnostiche anziché il paziente e servizi finalizzati ad operare scelte terapeutiche e valutare l’andamento prognostico (Ministero della Salute, 2014). L’assetto demografico che si sposta sempre più verso la terza età, la carenza di personale infermieristico, l’aumento di patologie croniche e degenerative e la continua evoluzione dell’assetto sanitario, sono tutti aspetti che hanno portato ad un incremento esponenziale della teleassistenza. Infatti, essa è utile come funzione di filtro per limitare gli accessi impropri e il sovraffollamento nei pronto soccorso; suggerire interventi a domicilio ai familiari e favorire così l’autogestione; ridurre i costi e ottimizzare l’uso delle risorse; garantire assistenza sanitaria a distanza; condurre indagini epidemiologiche e offrire sostegno psicologico alla popolazione generale e alle persone con disabilità e disturbi psichiatrici. Tuttavia, emergono anche alcune criticità. Nel realizzare servizi a distanza occorre tenere presente le esigenze relazionali degli utenti con il sistema sanitario. Infatti, l’isolamento dentro il proprio domicilio rende particolarmente desiderabile poter contare su un servizio facilmente fruibile a distanza. Un’altra barriera è rappresentata dall’autonomia dell’utente nell’uso del sistema digitale, è necessario verificare fino a che punto la persona riesca a interagire con le tecnologie necessarie. Affinché un servizio in telemedicina possa funzionare correttamente è necessario che il paziente sia formato al suo uso.

LIMITI. La ricerca ha visto l’utilizzo di soli articoli free full text e pubblicati solo in lingua inglese o italiana.

CONCLUSIONI. Lo scorso momento storico, caratterizzato dalla necessità di distanziamento fisico e sociale e da significative implicazioni per l’intera comunità, ha reso indispensabile una riorganizzazione uniforme del Sistema Sanitario Nazionale basandosi sui principi di Primary Health Care raccomandati dall’OMS, consentendo un rinnovamento della riorganizzazione delle attività sanitarie clinico-assistenziali garantendo la massima continuità assistenziale ed empowerment del paziente. Il Ministero della Salute ha condiviso la necessità di fornire nuove indicazioni uniformi sull’intero territorio nazionale per l’erogazione delle prestazioni di e-health a distanza estendendo la pratica medica e assistenziale oltre gli spazi fisici in cui usualmente si svolge secondo le tradizionali procedure. Infine, è apprezzabile come l’uso di strumenti digitali, come smartphone, social network e applicazioni Internet, contribuisca all’evoluzione della comunicazione fornendo, anche, modi innovativi per monitorare la salute e il benessere.

Autore per la corrispondenza: Gatti Chiara Gatti - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Email: chiara.gatti2019@gmail.com

75. M-health: ipotesi di uno strumento innovativo per la presa in carico dell'utenza nelle future emergenze sanitarie

Gatti Chiara¹, Rocchi Renato², Parato Vito Maurizio³, Miconi Tania², Boni Mariavirginia³, Soccio Angela³, Gallone Francesca⁴, Ortolani Sandro⁴, Marcelli Stefano⁴

¹AOU delle Marche, ²AST 4 Fermo, ³AST 5 Ascoli Piceno, ⁴Univpm

BACKGROUND. Al giorno d'oggi la vera sfida della trasformazione digitale in sanità è quella di rendere la comunità parte attiva ed alfabetizzata del cambiamento, dove più risorse concorrono a creare una rete di protezione sociale innovativa che incrementi la qualità dell'assistenza. Una società alfabetizzata alla salute è in grado di comprendere sia la gravità della situazione che come proteggere sé stessa e gli altri (Spring, 2020). La "m-health" (mobile-health) rappresenta una strategia di risposta che consente di sostenere gli utenti da remoto nell'identificazione, trattamento e gestione della malattia, nel pianificare accertamenti ed effettuare il monitoraggio dei parametri vitali (Scalorbi S., 2022), anche e soprattutto in fasi di emergenza sanitaria mondiale.

OBIETTIVI. Creare un'App per la presa in carico di differenti categorie di pazienti stratificate per sintomatologia in caso di future emergenze sanitarie

METODI. È stata ideata una proposta di strutturazione di un'App in grado di supportare diversi servizi di telemedicina da poter offrire alla comunità, in risposta ad eventuali esigenze sanitarie future. Questa ipotesi di strumento è stata ideata per le persone che presentano sintomi lievi o moderati compatibili con la nuova infezione, le cui condizioni possono essere gestite a domicilio. L'App non costituisce un servizio di emergenza e non sostituisce in alcun modo il Numero Unico delle Emergenze. Lo strumento è stato elaborato in riferimento al periodo di emergenza sanitaria da COVID-19, impostandolo in particolar modo sulle esigenze e domande maggiormente manifestate dagli utenti durante la pandemia. Esso permette di monitorare l'andamento della propria sintomatologia, visualizzare la storia clinica e consultare informazioni utili e aggiornate legate all'emergenza sanitaria in atto. Il login alla piattaforma avviene tramite inserimento della propria e-mail di registrazione. Per informativa e trattamento dei dati personali si rimanda al documento di indirizzo sulla Cybersecurity nei servizi sanitari dell'ISS pubblicato nel 2019 "Buone pratiche per la sicurezza informatica nei servizi sanitari".

RISULTATI. Tele-controllo attivo dello stato di salute delle persone. Nella procedura informatizzata viene richiesto all'utente di individuare la presenza di uno o più segni/sintomi cliccabili dall'interfaccia grafica (sono riportati quelli maggiormente riscontrati nel rapporto ISS COVID-19 n. 12/2020 "Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19" con l'aggiunta del dolore, umore, glicemia e peso corporeo). Per facilitare l'interpretazione da parte degli utenti, il valore ottenuto dalla misurazione viene contraddistinto da un codice colore in base ai range di misurazione per ciascun segno. Tele-supporto alla comunità tramite l'informazione. Dopo la registrazione dei segni/sintomi, all'utente vengono illustrate tutte le informazioni relative al percorso terapeutico che dovrà intraprendere qualora, sulla base dell'esito di un test diagnostico, fosse risultato un "caso accertato", "sospetto" o "contatto stretto di un caso accertato". Tele-sorveglianza integrata di casi confermati. In caso di positività all'infezione, i laboratori regionali informano del risultato le ASL, che coordinano il flusso di dati tra i casi, gli ospedali, i MMG ed i PLS al fine di raccogliere informazioni dettagliate su ogni individuo. Questo servizio può essere destinato tramite la compilazione di brevi questionari o visualizzazione di flowchart in merito alla gestione dei casi. Di particolare importanza risulta essere la tele-sorveglianza attiva in persone già affette da altre patologie complesse con ridotta riserva funzionale. Pertanto, occorre utilizzare i sistemi di telemedicina per mantenere attivi i servizi a loro dedicati, modificandone, se necessario, le procedure al fine di ottenere anche a distanza la più ampia accessibilità e fruibilità possibile, mantenendo il controllo medico sia per l'assistenza primaria che per le prestazioni specialistiche.

LIMITI. L'autorilevazione di segni/sintomi da parte dell'individuo può condurre ad una scarsa affidabilità del valore, la quale dipende dallo strumento utilizzato, dall'appropriatezza della sede e dall'uso di una procedura corretta di rilevazione. Per neonati, bambini ed adolescenti è consigliato un approfondimento ed aggiornamento del programma.

CONCLUSIONI. La comunicazione è parte integrante della gestione di qualsiasi emergenza sanitaria. Programmare un processo comunicativo significa utilizzare la comunicazione come risorsa in grado di offrire un contributo all'intero processo di gestione dell'emergenza con un forte coinvolgimento della comunità, attraverso la digitalizzazione e pianificandolo prima che l'emergenza precipiti.

Autore per la corrispondenza: Gatti Chiara Gatti - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Email: chiara.gatti2019@gmail.com

76. Personale sanitario e formazione tra diffidenze e barriere verso la ricerca: uno studio descrittivo correlazionale multicentrico

Gatti Chiara¹, Pelusi Gilda², Parato Vito Maurizio³, Rocchi Renato⁴, De Angelis Matteo⁵, Soccio Angela³, Gallone Francesca², Marcelli Stefano²

¹AOU delle Marche, ²Univpma, ³AST 5 Ascoli Piceno, ⁴AST 4 Fermo, ⁵AST 2 Ancona

BACKGROUND. La ricerca infermieristica nasce con il progressivo distinguersi dell'assistenza infermieristica e ostetrica dall'assistenza in senso lato e, in particolare, dall'assistenza medica. I manuali di ricerca citano immancabilmente F. Nightingale, che iniziò a raccogliere dati sugli indici di mortalità dei soldati durante la guerra di Crimea e utilizzò la statistica per indurre cambiamenti nell'assistenza (Sironi, 2010). Il valore della ricerca è conosciuto ormai da molto tempo e in molti paesi occidentali ha raggiunto livelli di professionalità che non hanno nulla da invidiare ad altre discipline. In Italia la situazione è differente, nonostante nel nostro Paese si sia consapevoli dell'importanza della ricerca, questa stenta a diffondersi come dovrebbe. Eppure, non mancano i riferimenti normativi che riguardano questo argomento, come il DM 739/94 che all'art.4 definisce "l'infermiere concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca". Anche il Codice Deontologico (art.9, 2019) segnala come "l'Infermiere riconosce il valore della ricerca scientifica e della sperimentazione. Elabora, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico assistenziale, organizzativo e formativo, rendendone disponibili i risultati."

OBIETTIVI. Valutare il rapporto che gli infermieri e le ostetriche hanno con la ricerca e quali sono le condizioni di tale ricerca nei presidi ospedalieri inclusi nello studio. Ulteriore obiettivo è individuare eventuali barriere alla ricerca.

METODI. Disegno di studio: descrittivo correlazionale multicentrico. Campione: 304 infermieri ed ostetriche (campionamento di convenienza) lavoratori in una delle Aziende della Regione Marche (ASUR, INRCA, AOU, AO, Strutture private accreditate). Strumento: questionario costruito ad hoc e somministrato attraverso piattaforma Google Moduli, costituito da quattro parti: scopo della ricerca, scheda raccolta dati anagrafico-anamnestici, 24 domande a risposta multipla, gradimento del questionario. Il questionario indaga 5 ambiti: partecipazione a ricerche infermieristiche/ostetriche; comuni argomenti di ricerca; possibili ostacoli alla diffusione della ricerca; rapporto tra infermieri/ostetriche e ricerca; formazione e aggiornamento professionale. Il questionario è stato somministrato nel periodo tra febbraio e aprile 2022 e la partecipazione è avvenuta per adesione volontaria ed in anonimato.

RISULTATI. La distribuzione dei soggetti per setting lavorativo ha visto lavorare il 30,3% del campione in Area critica, il 24,3% in Area Medica, il 16,1% in Area chirurgica, il 9,2% in Area Materno Infantile, il 6,6% in Area Salute Mentale, il 4,3% in Area Territoriale/residenziale. La maggior parte del campione non aveva alcun titolo di studio post laurea (58,6%) ed era di nuova assunzione (34,9%), mentre il 23% aveva un'esperienza lavorativa >25 anni. È stata più rappresentativa la componente degli infermieri (92,1%) rispetto alle ostetriche (7,9%). Solo il 36,3% dei partecipanti ha dichiarato di aver partecipato almeno ad uno studio di ricerca, di cui il 52,6% svoltosi durante l'orario di servizio e riguardante principalmente aspetti clinici della professione (68,8%). Il 60,3% ha affermato di non aver addirittura mai letto un articolo scientifico o di averlo fatto raramente, pur dichiarando che almeno una volta nella propria carriera ha avuto bisogno di ulteriori conoscenze (99,7%). Le maggiori barriere alla ricerca dichiarate (risposta multipla) sono state la mancanza di tempo (72,7%), la scarsa conoscenza della lingua inglese (44,3%), la mancanza di sostegno (37,6%), la scarsa possibilità di partecipare ad eventi formativi (37,6%), l'insufficiente preparazione per accedere ai risultati e comprenderli (18,8%), il trovare ostacoli da colleghi (14%). Quasi all'unanimità il campione ha dichiarato che la ricerca può migliorare l'attività lavorativa (98,7%) e che esse siano compatibili tra di loro (88,9%). Un dato notevole che emerge dallo studio è che il 43,9% dei sanitari ha dichiarato che potrebbe partecipare ad una ricerca solo se gli venisse corrisposto un incentivo.

LIMITI. Il principale limite dello studio riguarda l'utilizzo di un questionario costruito ad hoc e la non validazione dello stesso. L'esiguo campione reclutato pone dei limiti alla validità esterna.

CONCLUSIONI. Implementare la ricerca è alla base del miglioramento dell'attività infermieristica e ostetrica, ma questa attività è poco supportata dalle organizzazioni sanitarie. Il ruolo dell'infermiere è centrale nel lavoro di equipe e centrale dovrebbe anche essere la sua formazione. Le Evidenze basate sulla pratica sono cruciali nel lavoro infermieristico ed ostetrico in quanto forniscono sicurezza ed indipendenza agli operatori sanitari, il che si traduce in un miglior risultato in termini di qualità assistenziale erogata ai pazienti.

Autore per la corrispondenza: Gatti Chiara Gatti - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Email: chiara.gatti2019@gmail.com

77. Sviluppo professionale e collaborazione tra le diverse figure sanitarie: an added value for the Patient Safety?

Gatti Chiara¹, Pioli Fabia², Borgognoni Cinzia¹, Mancini Arianna³, Ciarpella Francesca³, Baglioni Isabella⁴, Soccio Angela⁵, Marcelli Stefan⁴

¹AOU delle Marche, ²AST 3 Macerata, ¹AOU delle Marche, ³AST 4 Fermo, ⁴Univpm, ⁵AST 5 Ascoli Piceno

BACKGROUND. Secondo il documento emanato dal Ministero della Salute “Dipartimento della Qualità - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema - Ufficio III”, la Patient Safety è uno dei determinanti la qualità delle cure e, quindi, è uno degli obiettivi primari che il SSN si pone. Lo sviluppo di azioni efficaci è intrinsecamente collegato alla comprensione delle criticità dell’organizzazione ed anche dei limiti individuali, auspicando una sensibilità diffusa che permetta di superare le barriere per l’attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a promuovere l’analisi degli eventi avversi ed a raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare. La Patient Safety si colloca nella dimensione di un generale miglioramento della qualità e, dipendendo dalle interazioni delle diverse parti costituenti il sistema, deve essere affrontata attraverso l’applicazione di pratiche di clinical governance che consenta di porre al centro della progettazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni del cittadino, valorizzando al tempo stesso il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità (Ministero della Salute, 2012).

OBIETTIVI. Valutare la correlazione tra collaborazione tra le figure professionali sanitarie e l’outcome sicurezza del paziente.

METODI. Nei mesi di febbraio e marzo 2019 è stata interrogata la letteratura nazionale ed internazionale consultando le banche dati Medline (attraverso Pubmed), Google Scholar e Web of Science, mediante le keywords “team work”, “team”, “patient safety”, “health collaboration”, “collaboration”, “team collaboration”, “safety collaboration”, “professional collaboration”, “safety”, “health”, utilizzando gli operatori booleani “AND”, “OR” e “NOT”. Ogni stringa con la parola “collaboration” è stata riprodotta anche con il termine “cooperation”. Sono stati considerati gli articoli in full-text, pubblicati negli ultimi 15 anni, condotti su specie umana, in lingua inglese, italiana e francese. Gli articoli sono stati selezionati ed analizzati in modo indipendente da 2 ricercatori. In caso di disaccordo è intervenuto un terzo ricercatore, per raggiungere un accordo valutativo comune. Sono stati restituiti 7634 records, ma dopo aver posto i sopraccitati filtri, dopo la rimozione dei duplicati e dopo attenta revisione indipendente da parte dei ricercatori, sono stati reputati idonei per l’obiettivo dello studio n.29 articoli.

RISULTATI. Da quanto emerge da uno studio condotto in Nuova Zelanda da Braithwaite et al, la collaborazione tra diverse figure professionali sarebbe il valore principe per favorire l’incremento della Patient Safety, in linea con una ricerca condotta in Australia, dopo aver utilizzando entrambi il SAQ (Safety Attitudes Questionnaire). Concretamente, le proposte provenienti dai diversi professionisti del team, se non pienamente portate a condivisione, possono creare un ostacolo verso l’implementazione di progetti specifici orientati alla sicurezza. Nei differenti livelli delle organizzazioni sanitarie, non sempre si hanno punti di vista in comune tra i dirigenti ed il personale riguardo i metodi più efficienti per migliorare la sicurezza. L’utilizzo del questionario HSOPSSC (Hospital Survey on Patient Safety Survey Culture) ha portato a diverse valutazioni in più paesi del mondo. In Turchia, ad esempio, dopo la sua somministrazione in ospedali pubblici, l’item che ha ottenuto punteggio migliore (70%) è stato “capacità di lavoro di squadra all’interno delle unità lavorative”. Differenze importanti sono emerse tra 2 studi condotti in Italia ed in Belgio. In Italia, l’item “supporto fornito dalla direzione ospedaliera alla sicurezza del paziente” ha ottenuto il punteggio più basso, mentre in Belgio questo item ha ottenuto una buona valutazione, insieme al miglior punteggio ottenuto dall’item “capacità di lavoro di squadra all’interno delle unità operative”.

LIMITI. I limiti principali dello studio sono stati la consultazione di sole n.3 banche dati e la difficoltà alla selezione degli studi ed il filtraggio dei contenuti degli articoli, in quanto spesso i termini “collaboration” e “cooperation” sono usati indistintamente.

CONCLUSIONI. Non sempre risulta semplice, anche a livello delle organizzazioni non per forza più complesse, il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari con cui si condivide il percorso di cura: si possono creare dei conflitti all’interno del team che pregiudicherebbero in modo irreversibile la riuscita degli esiti. Tuttavia, si rende estremamente necessaria la multidisciplinarietà del gruppo di lavoro, elemento vitale nel processo di patient safety.

Autore per la corrispondenza: Gatti Chiara Gatti - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Email: chiara.gatti2019@gmail.com

78. Teleriabilitazione cardiologica wireless: nuovi orizzonti per il paziente cardiopatico

Gatti Chiara¹, Pioli Fabia², Borgognoni Cinzia³, Tufoni Simona⁴, Galli Alessia¹, Parato Vito Maurizio⁴, Soccio Angela⁴, Marcelli Stefano³

¹AOU delle Marche, ²AST 3 Macerata, ³Univpm, ⁴AST 5 Ascoli Piceno

BACKGROUND. Negli ultimi anni, con il cambiamento dello stile di vita, la prevalenza di malattie cardiovascolari è aumentata rapidamente, diventando un grave problema di salute pubblica. La riabilitazione cardiologica, come un'importante misura di intervento, è di grande importanza al miglioramento degli esiti clinici dei pazienti cardiopatici (Anderson et al., 2016). Lo sviluppo scientifico e tecnologico consente al giorno d'oggi l'applicazione e la divulgazione di prodotti elettronici come gli smartphone, tablet o piccoli monitor wireless. Al fine di sfruttare appieno i risultati di sviluppo scientifico e tecnologico e migliorare l'efficienza della riabilitazione, alcuni studi propongono una vera e propria riabilitazione cardiaca telemonitorata a casa del paziente con il supporto della tecnologia internet (Brouwers et al., 2017; Medina Quero et al., 2017; Frederix et al., 2015a). Insieme ai vantaggi della flessibilità nel luogo e nel tempo, questo schema terapeutico può aiutare a risolvere le carenze della riabilitazione cardiaca convenzionale (Frederix et al., 2015b).

OBIETTIVI. Ricercare in letteratura interventi domiciliari di teleriabilitazione nel paziente cardiopatico adulto.

METODI. È stata condotta una revisione della letteratura nazionale ed internazionale, in modo indipendente da n.2 ricercatori (un terzo ricercatore è intervenuto nei casi di disaccordo), attraverso l'utilizzo di motori di ricerca quali Pubmed, CINHAL, Scopus, Google Scholar e keywords incrociate con l'operatore booleano AND come: rehabilitation AND CHD, telerehabilitation AND heart disease, telemonitored exercise AND heart disease, exercise compliance AND heart disease. Sono stati restituiti 2986 records, ma dopo aver posto i filtri "Species: human", "Publication dates: 2000-2023", "lingua italiana o inglese" e "Text availability: free full-text", dopo la rimozione dei duplicati e dopo attenta revisione indipendente degli abstract disponibili da parte di 2 autori, sono stati reputati idonei allo studio n.27 articoli. Sono stati esclusi dalla ricerca i pazienti pediatrici.

RISULTATI. I risultati derivanti dalla ricerca bibliografica evidenziano come fondamentale sia l'aspetto della riabilitazione nel paziente cardiopatico sia post operato sia post degenza ospedaliera. Secondo lo studio RCT di Yanxin et al. (2019), dove sono stati randomizzati in 2 gruppi pazienti sottoposti a teleriabilitazione continua con smartphone (A) e riabilitazione standard (B), i risultati hanno mostrato che i pazienti nel gruppo A hanno avuto un miglioramento più significativo nella tolleranza all'esercizio (rappresentato da VO₂peak), rispetto a quelli del gruppo controllo (B). In questo studio, è stato utilizzato il CPET per valutare la tolleranza all'esercizio dei pazienti. Durante il CPET, veniva misurato lo scambio di gas polmonare registrando e analizzando il gas espirato dei pazienti così come per valutare ulteriormente le caratteristiche fisiologiche legate all'esercizio del sistema cardiovascolare, respiratorio e muscoloscheletrico e cellulare. Secondo lo studio di Laustsen et al. del 2018, dopo aver attivato un programma di riabilitazione cardiologica basata su esercizio telemonitorato in pazienti a rischio moderato con cardiopatia ischemica e malattia delle valvole cardiache per 12 settimane, si è identificato un significativo aumento del picco di assorbimento di ossigeno del 10%, della resistenza muscolare del 17%, della potenza muscolare del 7% e della forza muscolare del 10%. La qualità della vita correlata alla salute è stata notevolmente migliorata per il 19% nella componente fisica e il 17% nella componente mentale. Non si sono riscontrati miglioramenti significativi nel picco di assorbimento di ossigeno tra il basale e il follow-up di 12 mesi, ma un significativo miglioramento della resistenza muscolare (0,3 watt/kg, 95% IC; 0,2–0,4), potenza muscolare (0,4 watt/kg; 0,2–0,5), forza muscolare (0,5 N/m/kg; 0,1–0,9), qualità fisica correlata alla salute vita e qualità della vita correlata alla salute mentale.

LIMITI. Il limite principale dello studio è la raccolta degli articoli disponibili solo in free full text e l'aver revisionato solo studi in lingua inglese o italiano.

CONCLUSIONI. Dalla ricerca effettuata appare evidente come non vi siano ostacoli alla realizzazione di nuove strategie di riabilitazione cardiologica domiciliare telemonitorata, anche grazie alle nuove tecnologie a disposizione come mini monitor cardiorespiratori domiciliari, app e semplici dispositivi personali, come smartphone o tablet. La teleriabilitazione rispetto alla riabilitazione standard offre esiti straordinari anche in termini di compliance alla terapia, in quanto il paziente non deve raggiungere la struttura ospedaliera per eseguire l'attività fisica, con un enorme risparmio di risorsa tempo e relativi costi. Grazie a quest'ultimo esito, il paziente è anche auto-incoraggiato ad eseguire più volte a settimana la teleriabilitazione cardiologica.

Autore per la corrispondenza: Gatti Chiara Gatti - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Email: chiara.gatti2019@gmail.com

79. Implementazione della procedura per il carrello delle intubazioni difficili in un Blocco Operatorio materno infantile

Gatti Ludovica, Franconi Ilaria, Fioretti Marco
Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche

BACKGROUND. Il Ministero della Salute ha pubblicato nel 2009 un Manuale per la sicurezza in sala operatoria che propone l'adozione delle raccomandazioni e della checklist -Surgical Safety Check List (SSCL)- elaborate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nell'ambito del programma Safe Surgery Saves Lives, l'obiettivo numero 6 riguarda la "gestione delle vie aeree", già identificato dall'OMS come un processo fondamentale per la sicurezza del paziente in sala operatoria. L'inadeguata gestione delle vie aeree, rappresenta quindi un importante fattore che contribuisce alla morbilità e mortalità evitabile associata all'anestesia. In uno studio americano sugli eventi avversi in anestesia, basato sui casi di risarcimento passati in giudicato (Closed Claims), gli eventi respiratori rappresentano il 17% dei casi e di questi il 27% è causato da una difficoltà di gestione delle vie aeree. In un sistema di governo clinico finalizzato al miglioramento della qualità, la gestione delle vie aeree in anestesia rappresenta una priorità per diverse ragioni: • frequenza di eventi avversi da vie aeree difficili (VAD) misconosciute; • variabilità dei comportamenti professionali sia in termini di valutazione dei fattori di rischio di VAD, sia in termini di clinical competence; • aumento del rischio di complicanze per il paziente con ricaduta sui tempi di degenza; • elevato rischio di contenzioso medico-legale. La letteratura è concorde nel dimostrare che la mortalità legata alla gestione delle vie aeree ancora oggi è dovuta prevalentemente a carenze organizzative, deficit di comunicazione e inadeguata strategia soprattutto a livello di previsione.

OBIETTIVI. La realizzazione e l'implementazione di una procedura riguardante il carrello delle intubazioni difficili all'interno del Blocco Operatorio del Presidio Ospedaliero Salesi (A.O.U. Ospedali Riuniti Ancona) in primis si è resa necessaria dal fatto che nel suddetto Blocco Operatorio era presente un unico carrello per 5 differenti Sale, e che esso era posizionato in una di esse e non risulta trasportabile. Al fine di rispondere a tale problematica, l'obiettivo specifico individuato è stato dunque quello di standardizzare la gestione e il controllo del carrello delle intubazioni difficili da parte del personale infermieristico, così da ridurre il numero di imprevisti.

METODI. Nell'ideazione del progetto inizialmente si è partiti dalla revisione della letteratura per reperire evidenze scientifiche e best practice. A seguire è stata elaborata un'istruzione operativa sulla corretta gestione del carrello delle intubazioni difficili, con particolare attenzione a quelle che potevano essere le problematiche di utilizzo e di controllo dell'operatività giornaliera del carrello. Al termine del lavoro di scrittura del documento è stato previsto un momento di formazione per tutto il personale infermieristico del reparto.

RISULTATI. Nella stesura della nuova procedura per il carrello delle intubazioni difficili il primo step che è stato raggiunto è stata la creazione di una check list dettagliata del materiale presente, così da aiutare il personale, anche neo assunto, nel controllo dell'operatività di tale presidio. L'istruzione operativa realizzata è stata incentrata sulla declinazione di indicazioni precise sulla responsabilità e periodicità dei controlli dei presidi presenti: così da certificare l'operatività del carrello giornalmente e secondo cadenze temporali ben precise, in risposta proprio alle difficoltà mostrate in precedenza dagli infermieri circa questo punto. Nella nuova procedura inoltre è stato previsto un nuovo metodo riguardante l'utilizzo dei due presidi avanzati videolarinoscopio e bonfils : con apposito cartello si deve segnalare ai colleghi in quale sala il presidio sia in uso in quel momento. L'infermiere che prende o il videolarinoscopio o il bonfils lascia in vista sopra il piano del carrello il cartellino (appositamente preparato) con su scritto il numero della sala dove lo andrà ad utilizzare, in modo tale che il collega che necessiterà in seguito dello stesso presidio possa immediatamente rilevare dove andare a reperirlo.

LIMITI. Non identificabili.

CONCLUSIONI. Una procedura apposita per la gestione del carrello delle intubazioni difficili è uno strumento indispensabile per un adeguato comportamento da parte del personale del Blocco Operatorio nel controllo delle vie aeree difficili, per il quale è necessario disporre di materiale adeguato e pronto all'utilizzo. Ed è di fondamentale importanza che tutto il personale di reparto conosca e rispetti le modalità di corretta gestione di tale carrello al fine di mantenere la sicurezza del paziente durante l'intervento chirurgico.

Autore per la corrispondenza: Fioretti Marco - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Email: marco.fioretti@hotmail.it

80. La prevenzione del rischio di burnout negli operatori del dipartimento di area critica dell'ASUR Area Vasta 5

Giandomenico Andrea¹, Esposto Tommaso², Marcelli Stefano¹, Traini Tiziana¹

¹Univpm, ²asur Area Vasta 5

BACKGROUND. Lo stress da lavoro è costituito dalle condizioni mentali e fisiche, che danneggiano la produttività, l'efficacia, la salute psicofisica, la capacità lavorativa, la soddisfazione e la qualità dei singoli lavoratori sul posto di lavoro. Pertanto, lo stress da lavoro è un costrutto interazionale che comprende un disadattato tra esigenze ambientali e abilità personali.

OBIETTIVI. Rilevare l'importanza del benessere psicologico, indispensabile in un ambiente di lavoro sano, atto a permettere al professionista sanitario di instaurare processi di collaborazione, di supporto e di mutuo scambio tra colleghi. Rilevare il livello di interferenza della Pandemia da COVID-19 sullo stato di salute psicologico degli operatori sanitari e quindi sul benessere lavorativo.

METODI. Studio Osservazionale Monocentrico di tipo trasversale, condotto dal 15 al 30 settembre 2022, somministrando il Questionario Professional Quality of Life Scale (PROQOL®), includendo tutti gli Infermieri e Medici in servizio nel dipartimento DEA dell'ASUR Area Vasta 5, dei due stabilimenti ospedalieri "C. & G. Mazzoni" di Ascoli Piceno e "Madonna Del Soccorso" di San Benedetto del Tronto. L'endpoint primario dello studio è stato quello di valutare una possibile correlazione tra benessere psicologico ed effetti della Pandemia sul lavoro di reparto. Poiché risulta impossibile stabilire a priori la percentuale di adesione e di partecipazione all'indagine conoscitiva, è stato calcolato il sample size, stimando che un numero minimo di 193 operatori, potesse essere sufficiente per garantire un'adeguata valutazione dei risultati. L'analisi dei dati è stata effettuata con l'utilizzo del software Microsoft Excel®. È stata eseguita l'analisi statistica descrittiva, esaminando la prevalenza di tre aspetti del burnout degli infermieri secondo l'MBI; esaurimento emotivo, spersonalizzazione e mancanza di realizzazione personale.

RISULTATI. Gli infermieri intervistati sono stati 80; mentre degli infermieri in servizio nel dipartimento di Area Critica sono 130. L'aderenza è stata del 62%. I medici intervistati sono stati 26; mentre il numero totale dei medici in servizio nel dipartimento di Area Critica sono 52. L'aderenza è stata del 50%. Nello S.O. "Madonna Del Soccorso" di San Benedetto del Tronto le interviste effettuate sono state 87, mentre il numero totale dei professionisti in servizio nel dipartimento di Area Critica sono 148. L'aderenza allo studio è stata del 59%. Gli infermieri intervistati sono stati 61; mentre il numero totale degli infermieri in servizio nel dipartimento di Area Critica sono 110. L'aderenza è stata del 55%. I medici intervistati sono stati 26; mentre il numero totale di medici in servizio nel dipartimento di Area Critica sono 38. L'aderenza è stata del 68%. La età media dei professionisti sanitari intervistati dello S.O "C. & G. Mazzoni" di Ascoli Piceno è 41.6 anni. Mentre la deviazione standard equivale a: 10.80. L'età media dei professionisti sanitari intervistati dello S.O "Madonna Del Soccorso" di San Benedetto del Tronto è di 38,6 anni. La deviazione standard equivale a: 10.10. È stato riscontrato una significativa prevalenza del burnout tra gli infermieri durante la pandemia covid-19 secondo l'MBI. In particolare, il 34,1%, il 15,2% e il 12,6% degli infermieri hanno sperimentato rispettivamente alti livelli di esaurimento emotivo, bassa realizzazione personale e depersonalizzazione. In questo studio come nella letteratura, non è chiaro come e quanto il genere dei professionisti, influisca sullo sviluppo dell'esaurimento emotivo, infatti solo il 5% degli intervistati risultato positivo, appartiene al genere maschile ed il 3% al genere femminile.

LIMITI. Media aderenza allo studio, poichè solo il 58% degli Operatori arruolati ha partecipato alla survey. lo studio monocentrico non permette il confronto con altri studi condotti nelle altre aree vaste dell'ASUR Marche

CONCLUSIONI. I dati emersi dallo studio indicano che da tutti gli operatori sanitari intervistati dei due presidi ospedalieri, solamente l'8% dei professionisti sanitari che hanno svolto eventi formativi alla gestione dello stress e del benessere lavorativo (seminari o corsi di formazione online), sono risultati positivi alla prima scala del questionario utilizzato ovvero la soddisfazione del lavoro; mentre per le altre due scale ovvero rivelazione del burnout e rivelazione dello stress traumatico secondario gli intervistati risultati positivi che, hanno svolto eventi formativi, scendono al 3%. La prima proposta è quella di effettuare degli eventi formativi sulla gestione dello stress e del benessere lavorativo, con una formazione continua o degli eventi accreditati aziendali. Usufruendo di figure professionali esperte in materia in modo da prevenire il più possibile queste situazioni logoranti. La seconda proposta è di effettuare dei corsi di formazione specializzati per la gestione dei DPI di seconda categoria, tecnicamente più complessi, da utilizzare in casi di gravi malattie facilmente trasmissibili.

Autore per la corrispondenza: Traini Tiziana - Corso di Laurea Triennale in Infermieristica - Sede di Ascoli Piceno - Email: t.traini@univpm.it

81. Indagine osservazionale sulla percezione della volontà a donare organi e tessuti in studenti universitari

Gianoboli Giulia¹, Tufoni Simona², De Santis Matteo³, Baglioni Isabella², Sarzana Fabio², Ceroni Enrico²
¹Opera Pia Antili Montegiberto, ²Univpm, ³Ast Fermo-Marche

BACKGROUND. Il 2021 è stato un anno molto importante sul fronte della cultura della donazione; infatti, in questo anno è stata raccolta la percentuale più alta di “sì” da quando la registrazione dell’opinione dei cittadini maggiorenni in materia di donazioni viene fatta all’anagrafe comunale, prevalentemente al momento del rinnovo della carta d’identità. Ad oggi, 01/09/2022, le dichiarazioni di volontà rilasciate sono: 9.856.923 di sì e 3.794.519 di no. La maggior parte dei consensi, ovvero l’85% proviene dalle dichiarazioni registrate presso i Comuni (grazie alla Legge 9 agosto 2013, n. 98) ; il restante 15% attraverso le dichiarazioni registrate presso la propria ASL e mediate l’AIDO, che è la principale associazione di settore che da decenni lavora al fianco delle istituzioni per sensibilizzare i cittadini sui temi della donazione e del trapianto. Però, è possibile dichiarare anche attraverso un documento autografato, come sopra citato; queste volontà non vengono registrate sul Sistema Informativo Trapianti; dunque, il numero effettivo di donatori potrebbe risultare decisamente più alto. Tra i principali compiti del Sistema Informativo Trapianti c’è la raccolta e il controllo delle liste dei pazienti in attesa di ricevere un trapianto. Attualmente (01/09/2022) nelle liste d’attesa standard ci sono 9439 persone, di cui 7174 per il rene, 1049 per il fegato, 698 per il cuore, 297 per il polmone, 215 per il pancreas e 6 per l’intestino. Una delle maggiori problematiche è l’inadeguata offerta di organi e tessuti rispetto alla domanda, ossia rispetto a pazienti che necessitano di un trapianto. Infatti i tempi medi di attesa in lista sono: 3.2 anni per il rene, 1.8 anni per il fegato, 3.6 anni per il cuore, 2.7 anni per il polmone, 5.8 anni per il pancreas e 3.3 anni per l’intestino

OBIETTIVI. gli obiettivi sono: conoscere, a livello locale, le opinioni dei giovani adulti di età compresa tra 18 e 30 anni frequentanti la Facoltà di Ingegneria e Infermieristica dell’Università Politecnica delle Marche con sede a Fermo, sulla tematica della donazione degli organi identificare strumenti validi per incentivare i ragazzi ad esprimere il loro consenso e migliorare il loro livello di conoscenza sul tema, permettendo così di fare una scelta ragionata, autonoma e consapevole.

METODI. Lo studio è stato svolto nel mese di luglio 2022 e la raccolta dati è stata effettuata tramite un Modulo Google. Il questionario autoprodotta è costituito da 12 domande a risposta chiusa con opzione di scelta multipla indaganti la conoscenza del processo di donazione, le fonti di informazioni utilizzate, le disposizioni di volontà degli studenti: la registrazione attuale e la disponibilità a dichiararsi. Il campione preso in considerazione è costituito da 95 studenti universitari tra i 18 e 30 anni

RISULTATI. Il 38,5%, ritiene di avere conoscenze sulla donazione di organi, mentre il 50,6% si è inserito tra i carenti in materia di informazioni o assenza di informazioni sulla tematica della donazione di organi. La prevalenza del campione si rivolgerebbe a un medico specialista, medico di famiglia o organizzazioni del settore per avere informazioni dettagliate; pochissimi dichiarano di ricercare nel web informazioni sulla tematica stessa. Mentre si aspetterebbero di trovarle all’interno degli ospedali e nei social network. Il 90% del campione è favorevole a dichiarare la propria volontà di donare, ma ancora il 64% non lo ha reso noto. Nelle domande inerenti il livello di conoscenza emerge che i ragazzi non sono sufficientemente informati infatti: - il 58% dei ragazzi non è a conoscenza del fatto che non esiste un limite di età per donare; logicamente previa idoneità del medico. - Il 12% dei ragazzi ignora totalmente la possibilità di poter donare alcuni organi anche in vita, quali il rene e una parte del fegato. - Il 60% dei ragazzi pensa che è possibile decidere a chi donare gli organi, ignorando l’impossibilità di questo. - Infine, il 61% ritiene di poter conoscere l’identità del ricevente, non sapendo che esiste una legge che tutela la privacy del ricevente

LIMITI. Il campione non è rappresentativo di più indirizzi universitari

CONCLUSIONI. In linea con i dati della letteratura scientifica è primario aumentare la conoscenza dei giovani in materia di incentivare alla registrazione della propria volontà di donare organi e/o tessuti L’informazione efficace, la sensibilizzazione sul tema, la partecipazione e l’organizzazione di eventi sul tema, questi possono essere i mezzi che contribuiscono a costruire nei ragazzi la propria coscienza e un livello di preparazione tale che gli permetta di discernere in maniera consapevole ed etica sulla propria volontà di donarsi per il bene collettivo più grande che è quello alla salute. Risulta utile elaborare strategie educative che aiutino le persone a comprendere l’importanza della registrazione e a promuoverla.

Autore per la corrispondenza: Sarzana Fabio - Ospedale di Fermo - A. Murri - Email: f.sarzana@staff.univpm.it

82. Per una sanità digitale inclusiva: co-creazione delle competenze trasversali per l'assistenza sanitaria a distanza

Giordano Valeria, Corea Gerardo, Sgroi Daniela, Milito Francesca
ASL Roma 3

BACKGROUND. Sia le azioni della Missione 6 del PNRR sia il DM 77/2022, contenenti gli standard di servizio e la riforma dell'assistenza territoriale e che le regioni italiane saranno impegnate a realizzare nei prossimi 5 anni, collocano al centro della strategia di cambiamento le possibilità offerte dalla digitalizzazione dei sistemi sanitari regionali. Tale processo di innovazione pone però il problema della cosiddetta "esclusione digitale", ben evidenziato durante la pandemia di COVID-19. Il divario digitale rischia però di sommarsi alla disuguaglianza sociale: la disuguaglianza sociale è uno dei principali fattori di divario digitale e allo stesso tempo il divario digitale è uno dei fattori sempre più significativi di sviluppo e incremento di disuguaglianza sociale, soprattutto se si combina con la disuguaglianza territoriale, che favorisce l'impoverimento di condizioni di crescita e autonomia e, quindi, di disuguaglianza sociale.

OBIETTIVI. È importante quindi che il personale impegnato a garantire l'accesso ai servizi di cura, assistenza e promozione della salute a tutta la popolazione -includere persone fragili ed immigrati- sviluppi le competenze e le abilità utili sia a lavorare efficacemente all'interno dei nuovi setting di cura e assistenza (telemonitoraggio, teleconsulto, televisita, ecc.) sia a garantire che i nuovi servizi sanitari integrati e supportati dal digitale siano inclusivi di tutta la popolazione residente sul territorio nazionale. Si propone quindi di realizzare un processo di co-creazione delle competenze trasversali che il personale delle aziende sanitarie dovrà acquisire per garantire una sanità digitale inclusiva.

METODI. La valutazione si è svolta tramite attività sul campo e di studio. Sono stati analizzati i documenti di riferimento europei, nazionali e regionali e si è presenziato ad incontri conoscitivi sui prodotti/risultati di talune piattaforme in merito a servizi di telemedicina per la ASL, anche analizzando e rielaborando servizi e procedure aziendali in essere. Sono stati ideati questionari brevi in merito alle competenze fin qui individuate come necessarie, al fine di ottenere un'assistenza inclusiva a distanza, ed ai ruoli professionali da includere, al fine di ricevere riscontro concreto da tutti gli attori maggiormente coinvolti in tali attività, sottoponendolo quindi agli utilizzatori perlopiù aziendali a ciò dedicati.

RISULTATI. I risultati ottenuti dall'analisi dei dati e dei riscontri ricevuti ed elaborati a fine somministrazione delle survey, anche agli infermieri in formazione, saranno utilizzati in specifici workshop per individuare e discutere le competenze di soglia e promuovere ruoli chiave, rivolgendoli quindi ai responsabili della formazione delle aziende sanitarie e delle regioni, ai responsabili dei servizi di sanità digitale delle regioni e delle aziende sanitarie, ai responsabili dell'integrazione ospedale-territorio e dell'integrazione sociosanitaria, oltre che a medici, psicologi, infermieri, fisioterapisti, educatori professionali, assistenti sociali, mediatori culturali e personale tecnico impegnato nei servizi di sanità digitale.

LIMITI. Necessità finanziamenti e determinazione per l'avvio del workshop formativo progettuale con gruppi di lavoro multidisciplinari.

CONCLUSIONI. Si suggerisce di ampliare questo studio preliminare, estendendo l'indagine ai ruoli professionali individuati e consentendo l'effettiva co-creazione delle relative competenze trasversali.

83. L'ASL 2 Savonese e la rete infermieristica di prossimità

Giribone Antonella, Cirone Monica, Prioli Damonte Marco
ASL 2 Savonese

BACKGROUND. ASL 2 Sistema Sanitario Regione Liguria - Distretti Sanitari - Zone particolarmente decentrate e distanti dalla rete dei servizi in sedi possibilmente messe a disposizione gratuitamente dai Comuni

OBIETTIVI. Identificare un modello organizzativo in grado di garantire risposte appropriate ai bisogni di assistenza infermieristica della popolazione e creare un punto strategico del sistema delle cure territoriali in stretta connessione con i MMG e la rete dei servizi. Apertura n. 16 ambulatori infermieristici di prossimità entro il 2023

METODI. Individuazione del gruppo di lavoro e dei tempi di attuazione del progetto. Analisi del contesto (analisi effettuata per ogni distretto): popolazione presente (over 65 – indice di vecchiaia) incidenza malattie croniche, AFT presenti. Servizi sanitari già attivi (comprese le farmacie), distanze chilometriche dai comuni alle sedi in cui sono presenti i servizi sanitari distrettuali già attivi. Definizione del Comune in cui istituire i nuovi ambulatori, degli orari di apertura, delle prestazioni erogabili, della modalità di rendicontazione delle attività e degli indicatori

RISULTATI. Trimestralmente saranno verificati: n. di accessi per ogni ambulatorio, n. prestazioni per tipologia erogate in ogni ambulatorio, periodo di durata della "presa in carico". Essendo un progetto di nuova istituzione sarà verificato l'effettivo utilizzo da parte dei residenti del Comune; nel caso in cui vi afferissero prevalentemente utenti dei paesi limitrofi verranno definite eventuali nuove aperture o spostamenti di sede

LIMITI. Orari di apertura inizialmente ridotti a causa di contingenze organizzative: carenza di Infermieri. Difficoltà organizzative dovute alla necessità di garantire continuità di prestazioni (es. conclusione ciclo terapie iniettive, medicazioni, monitoraggio glicemia capillare) nonostante gli orari di apertura ridotti

CONCLUSIONI. Il DM 77, intende ridisegnare il modello di assistenza territoriale in una logica di reale vicinanza al paziente con un'attenzione particolare ai più fragili attraverso la riorganizzazione dei servizi sanitari in un'ottica di sostenibilità finanziaria e appropriatezza clinica delle prestazioni. La medicina territoriale di prossimità è garanzia di equità di accesso ai servizi e rappresenta il setting assistenziale migliore per i pazienti cronici, disabili ed anziani. La riprogettazione dei luoghi di cura e dei modelli organizzativi/assistenziali risulta necessaria per favorire l'integrazione ospedale-territorio, il coinvolgimento della persona e della famiglia, l'empowerment dell'assistito, e la proattività delle cure. Le previsioni demografiche mostrano un continuo aumento della popolazione anziana, tali da ridefinire i bisogni socio-sanitari, e di conseguenza la richiesta di prestazioni sempre più orientata alla gestione della disabilità e della cronicità. Le esigenze organizzative dell'ospedale per acuti impongono il massimo contenimento delle degenze pertanto il sistema di cura extraospedaliera deve armonizzare le proprie offerte assistenziali con i nuovi bisogni legati alla cronicità, minimizzando il rischio di discontinuità delle cure e di errori gestionali e prevedendo un'integrazione professionale orientata al servizio. Per tali motivazioni si è pensato di istituire gli ambulatori infermieristici di prossimità in quanto possono rappresentare un modello organizzativo in grado di garantire risposte appropriate ai bisogni di assistenza infermieristica della popolazione e rappresentare un punto strategico del sistema delle cure operando in stretta connessione con i MMG e la rete dei servizi. In quest'ottica si iscrive l'attività anche ambulatoriale delle IFeC, con l'obiettivo principale di costituire un polo di riferimento capace di erogare la giusta educazione sanitaria ai pazienti fragili, monitorare gli stili di vita, educare i Caregiver nei percorsi di cura offrendo loro un punto di riferimento.

84. Il soccorso extra-ospedaliero in ambito ostetrico-ginecologico e neonatale: analisi di 697 schede di soccorso

Grilli Valentina¹, Tanini Marco², Bruschi Guido², Leone Simona¹, Di Carluccio Eleonora¹, Paolini Piero²
¹*Elform e learning*, ²*Usl Toscana Centro*

BACKGROUND. Il servizio di emergenza-urgenza garantito dalla centrale Emergenza Sanitaria (118) eroga il soccorso verso ogni condizione, incluso la richiesta di intervento per la categoria ostetrico-ginecologica e neonatale. Il tema del trasporto sanitario per patologia ostetrica è un tema poco trattato. Sappiamo che, secondo l'analisi condotta dall'ARS della Toscana in merito alla gravidanza e al parto, la quasi totalità dei parti nell'anno 2021 è avvenuta in uno dei 24 Punti nascita della Toscana, mentre 14 sono i parti a domicilio non programmati e 12 parti sono avvenuti in altro luogo (altra struttura di assistenza, ambulanza, etc). Per ciò che concerne queste ultime due categorie, non abbiamo report che riguardano le modalità di gestione, di assistenza e le loro caratteristiche, come non sono presenti per gli anni precedenti.

OBIETTIVI. Fornire una panoramica in merito alle chiamate per il codice ostetrico-ginecologico all'interno del 118 di Pistoia-Empoli dal 2017 al 2021.

METODI. Studio retrospettivo osservazionale: la tipologia di soccorso e trasporto presa in analisi prende in considerazione il trasporto dal luogo di intervento verso il presidio ospedaliero. È stata eseguita un'analisi descrittiva ed inferenziale delle chiamate ricevute dal 118 di Pistoia-Empoli per il codice ostetrico-ginecologico (C14) dall'anno 2017 all'anno 2021. Sono state analizzate un totale di 697 schede di intervento di auto medica ed ambulanza infermieristica per mezzo di foglio di calcolo Excel e programma SPSS.

RISULTATI. Nel totale delle 697 missioni attivate per codice ostetrico-ginecologico, nel 71% di esse è stata confermato il codice di patologia presunta come codice che fa riferimento al parto, minaccia d'aborto, metrorragia o altra patologia ostetrico-ginecologica. L'evento parto rappresenta circa il 30% del campione analizzato. Le pazienti straniere che allertano il 118 per codice C14 sono più del doppio di quelle italiane. Nel 75,2% dei casi è stato effettuato il trasporto per le pazienti italiane e per il 79,6% dei casi per le pazienti straniere. Verificando l'esito finale dell'intervento, la patologia constatata come tale riferibile alla tipologia ostetrico ginecologica necessita di ospedalizzazione in maniera maggiore rispetto ai casi in cui l'esito finale dell'intervento è stato ricollocato in altra tipologia di patologia (OR 2,1137, 95% CI 1,1885-3,7592, P 0,0108). Nel contesto delle patologie ostetrico ginecologiche, l'attivazione del soccorso legata al parto si associa maggiormente all'ospedalizzazione (OR 1,9758, 95% CI 1,2281-2.1786, P 0,0050). In caso di attribuzione del codice di intervento giallo e rosso, questi sono stati confermati nel 61.9% dei casi.

LIMITI. Lo studio di un'unica area di riferimento per l'emergenza-urgenza territoriale, il 118 di Pistoia-Empoli, si caratterizza per la scarsa numerosità delle pazienti prese in considerazione.

CONCLUSIONI. In considerazione dell'analisi eseguita sulle chiamate i protocolli di intervento potrebbero beneficiare di una positiva interazione tra personale di soccorso e personale ostetrico, sia per il supporto formativo che può essere necessario; sia per l'ipotesi di offrire un supporto da remoto da parte di personale ostetrico addestrato al personale di soccorso. È possibile dunque immaginare l'ideazione di un collegamento telefonico tra il personale sanitario di emergenza-urgenza e il personale di area nascita da utilizzare a completamento del servizio e a sostegno dei sanitari in caso di parto imminente e travaglio di parto.

85. Gestione trasferimenti intra-extra ospedalieri dei pazienti critici

Liberati Stefania¹, Di Paola Antonio¹, Vitali Roberta¹, Michelini Martina¹, Pasquaretta Arianna², Cotticelli Federico¹

¹ATS Macerata, ²Univpm

BACKGROUND. Per Trasporto Secondario (TS) si intende il trasferimento assistito di un paziente da un ospedale all'altro, o tra reparti diversi della stessa struttura (per ricovero o esecuzione di accertamenti diagnostici e/o trattamenti terapeutici in regime di emergenza urgenza). I TS sono eventi frequenti che coinvolgono un elevato numero di pazienti, il Personale Sanitario Ospedaliero e/o del Sistema di Emergenza Sanitaria Territoriale. Rappresenta un passaggio critico della catena del soccorso poiché con esso si definisce il percorso che garantisce al paziente le cure specialistiche di cui necessita. A questo riguardo si devono ottimizzare i tempi di risposta, pianificando tempestivamente ogni fase del trasporto e ponendo la massima attenzione agli eventi inattesi e/o critici che si possono manifestare. Il trasporto comporta sempre un certo rischio per il paziente e quindi se non strettamente necessario va evitato; in ogni caso la decisione deve essere basata sulla valutazione dei benefici e dei rischi potenziali

OBIETTIVI. Lo scopo di questo studio è di indagare e descrivere la sicurezza e gli eventi avversi occorsi durante il trasporto intraospedaliero di pazienti critici.

METODI. A tal fine è stata condotta una revisione della letteratura consultando le banche dati MEDLINE (attraverso Pubmed), Cochrane, Elsevier, CHINAL e attraverso la ricerca libera sul motore di ricerca Google Scholar, oltre che dall'analisi di bibliografie di studi selezionati. Sono stati inclusi studi di coorte prospettici e retrospettivi pubblicati in inglese sul trasporto intraospedaliero di pazienti critici. L'esito primario considerato era l'incidenza di tutti gli eventi avversi verificatisi durante il trasporto intraospedaliero. Gli esiti secondari sono stati la morte dovuta al trasporto intraospedaliero o eventi avversi potenzialmente letali, eventi minori nei segni vitali, eventi avversi correlati ad attrezzature, la durata della terapia intensiva e della degenza ospedaliera e i costi

RISULTATI. Sono stati inclusi un totale di 11.527 trasporti intraospedalieri e 1627 pazienti di 24 studi inclusi. Tra i 24 studi che hanno valutato l'esito primario, la frequenza aggregata di tutti gli eventi avversi è stata del 26,2%. La frequenza aggregata di decessi dovuti al trasporto intraospedaliero e agli eventi avversi potenzialmente letali è stata dello 0% e dell'1,47% ciascuno, ma anche l'eterogeneità è stata elevata. La revisione ha evidenziato che équipes impegnate nel trasporto di pazienti instabili hanno rilevato criticità: • Presenza di rischi correlati a fattori organizzativi, quali assenza di comunicazioni scritte degli accordi intrapresi tra il curante e la struttura di destinazione, inadeguata composizione del team di trasporto, mezzo di trasporto non appropriato, assenza di accurata programmazione, indisponibilità di materiale sanitario (farmaci, apparecchiature, presidi), documentazione sanitaria assente o incompleta • Presenza dei rischi correlati a fattori umani, quali le competenze del team che dovrà effettuare il trasporto. • Presenza dei rischi correlati a fattori tecnici: per il trasporto di un paziente critico è richiesto l'utilizzo di strumentazione dedicata; è quindi indispensabile predisporre il controllo dei parametri emodinamici, ossigenazione e ventilazione polmonare, monitoraggio della ventilazione e pompe infusionali per i farmaci. Tutti questi strumenti devono essere verificati nel loro funzionamento prima di essere connessi al paziente, verificando l'autonomia dei gas medicali che dovrà essere almeno il doppio del tempo previsto per il trasferimento del paziente. È stata altresì dimostrata la necessità di utilizzo di apposita check list per la corretta analisi dei punti sopracitati

LIMITI. Riscontrati diversi limiti: in primo luogo, i giudizi sugli eventi avversi potenzialmente letali potrebbero essere soggettivi e potrebbero avere una bassa riproducibilità perché molti studi inclusi non hanno definito eventi avversi potenzialmente letali. Gli studi hanno valutato la frequenza degli eventi potenzialmente letali sulla base della discussione tra gli autori. In secondo luogo, era impossibile eseguire analisi di sottogruppi in base alla gravità della malattia, al potenziale intervento benefico come le liste di controllo o alla destinazione dei trasporti intraospedalieri a causa di vari criteri utilizzati per definire la gravità della malattia, la piccola dimensione del campione e la mancanza di dati. Le differenze delle caratteristiche dei pazienti tra i vari studi hanno reso impossibile l'analisi dei sottogruppi

CONCLUSIONI. L'analisi degli studi ha confermato che il trasporto intra o extra ospedaliero rappresenta un momento delicato del percorso di cura del paziente e deve essere effettuato nel rispetto delle raccomandazioni più aggiornate. Inoltre emerge la necessità dell'uso di una check-list di controllo, condivisa con il team, per ciò che attiene materiali, equipaggiamenti, farmaci e presidi previsti

Autore per la corrispondenza: Cotticelli Federico - Ospedale di Civitanova Marche - Email: fcottice@virgilio.it

86. Il Modello LEAN nel Dipartimento di Emergenza

Liberati Stefania¹, Rozzi Matteo², Cotticelli Federico¹

¹ATS Macerata, ²Casa di Cura Villa dei Pini di Civitanova Marche

BACKGROUND. La metodologia del Lean Management deriva dal Lean Thinking (“pensiero snello”), ovvero una filosofia originata in Giappone dai Toyota Production Systems (TPS) attribuita a Taiichi Ohno, padre del Lean Manufacturing (1912-1990). La Lean Healthcare (LH) si pone come fine principale il continuo miglioramento dei processi lavorativi e dei servizi erogati, razionalizzando gli sprechi (tempi di attesa) generati durante i processi, aumentando così la qualità del prodotto finale, ovvero analizzando le varie fasi dei processi per eliminare quelle che non aggiungono qualità, minimizzando il tempo che intercorre tra questi passaggi, ripetendo il ciclo fino all'eliminazione degli scarti. Questa metodologia, applicata in un contesto come quello del Dipartimento di Emergenza (DE), consente di: • ottimizzare le risorse disponibili, • garantire un'assistenza di qualità riducendo i tempi di attesa dei pazienti.

OBIETTIVI. L'obiettivo di questo lavoro è analizzare l'adattabilità della metodologia Lean nei Dipartimenti di Emergenza e valutarne l'impatto riguardo: tempi di attesa, riorganizzazione dei percorsi clinico-assistenziali, produttività, effetti sul personale, grado di soddisfazione del paziente. Nello specifico l'obiettivo finale cercava risposte alle seguenti domande di ricerca: • Può considerarsi la Lean una metodologia adatta per la riorganizzazione efficace di un DE? • Offre vantaggi effettivi all'organizzazione dei vari percorsi di assistenza? • La sua applicazione aiuta a ridurre i tempi dei processi e ad eliminare gli sprechi? • Può considerarsi un punto di forza per gli operatori e per il reparto? • Quali sono i limiti che possono inficiare una sua corretta applicazione?

METODI. È stata condotta una revisione sistematica della letteratura presente in PubMed, CINAHL e Scopus. I risultati, appropriati e coerenti con il quesito di ricerca sono stati estratti tramite il PRISMA Statement.

RISULTATI. Su 584 articoli identificati, sono stati inclusi all'interno della revisione 22 studi che misuravano uno o più risultati definiti. La riprogettazione dei percorsi di cura è stata misurata in 20 studi, 5 dei quali hanno riportato una riduzione della durata della degenza (LOS). Inoltre, 11 studi hanno riportato tempi di dimissione anticipati, senza registrare variazioni del tasso di riammissione. Si è evidenziato riduzione del timing delle procedure diagnostiche (TAT); miglioramento dei tempi di esecuzione (ETAT) e di refertazione (RTAT) degli esami radiologici. La soddisfazione del personale e del paziente è migliorata in 16 studi selezionati. L'analisi è partita dall'anno 2010, scartando tutti gli articoli non rientranti nei criteri di inclusione o riguardanti pazienti psichiatrici e pediatrici. Discussione: Tutti gli studi selezionati hanno descritto l'obiettivo comune di ottenere un miglioramento nell'erogazione dell'assistenza sanitaria in un DE mediante l'applicazione di tecniche e strumenti del modello Lean; sono stati fissati e perseguiti risultati diversi. Al fine di descrivere l'impatto che ha avuto l'implementazione della metodologia Lean sul contesto analizzato, i risultati dei diversi studi inclusi nella revisione sono stati suddivisi in quattro categorie e commentati come riportato di seguito: - Tempo dei processi (procedure diagnostiche, ricoveri e dimissioni); - Produttività; - Soddisfazione dei pazienti; - Effetti sul personale. I risultati dimostrano che gli interventi finalizzati al miglioramento dei servizi erogati in un DE, adottati attraverso una metodologia di pensiero Lean, possono raggiungere gli obiettivi prefissati. Infatti i dati analizzati prima dell'implementazione del modello Lean all'interno di un DE e nella radiologia ad esso dedicata, confrontati con i risultati ottenuti dopo la sua applicazione, fanno emergere notevoli miglioramenti riguardo ai quattro punti sovraelenati.

LIMITI. Sono stati inclusi solo studi fruibili gratuitamente.

CONCLUSIONI. Riorganizzando i processi clinici di un DE, applicando il modello Lean, concentrato sulla riduzione delle attività senza valore aggiunto, si evidenzia un miglioramento quali-quantitativo dell'output, una significativa riduzione di sprechi e tempi di attesa, incrementando la soddisfazione dei pazienti. Gli studi selezionati sono stati condotti su una popolazione composta da pazienti ricoverati al Pronto Soccorso e personale sanitario associato. I dati emersi dalla revisione, convergono verso il riconoscimento dell'approccio Lean come una soluzione valida ed efficace per affrontare e superare le criticità che possono emergere in un dipartimento di emergenza (sovraffollamento, tempi di attesa prolungati, insorgenza di variabili che impediscono di garantire un'assistenza di qualità). Il successo del modello dipende dal livello di aderenza del personale ai suoi principi e da variabili che potrebbero modificarne l'esito finale. I risultati mostrano che la LH contribuisce a migliorare flusso e efficienza dei pazienti all'interno dell'assistenza ospedaliera.

Autore per la corrispondenza: Cotticelli Federico - Ospedale di Civitanova Marche - Email: fcottice@virgilio.it

87. Indagine conoscitiva sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale di persone con disturbi vascolari nel territorio del Distretto sanitario di Civitanova Marche: dalla prevenzione al trattamento

Liberati Stefania¹, Marasco Sara², Cotticelli Federico¹

¹ATS Macerata, ²Casa di Cura Villa dei Pini di Civitanova Marche

BACKGROUND. In tutto il mondo, almeno 200 milioni di persone sono colpite da malattie vascolari periferiche (PVD). La maggior parte delle ulcere sono associate a problematiche vascolari; circa il 50-70% di esse riconosce un'etiologia venosa, il 4-10% un'etiologia arteriosa, e il 10-15% un'etiologia mista (ossia sia venosa che arteriosa). La percentuale restante è attribuita a quelle ulcere definite "atipiche" (es., vasculitiche, reumatoidi, ecc) (Pannier et al, 2013). Quello che è certo è che la presenza di una lesione cutanea dell'arto inferiore influisce negativamente sulla qualità della vita dei pazienti che ne sono portatori (Kelechi et al, 2012; Bonham et al, 2016). Ad oggi, sia i disturbi vascolari sia le loro complicanze, sono una delle principali problematiche sanitarie per estensione di popolazione colpita e tende ad aumentare, in relazione al progressivo incremento della popolazione anziana e quindi delle patologie cronico-disabilitanti. Nonostante la questione sia di grande rilievo sanitario, sociale ed economico, attualmente in Italia non esiste un Percorso-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale sull'intero territorio nazionale, con il fine di prendere in carico la persona nella sua globalità

OBIETTIVI. Lo studio condotto ha lo scopo di analizzare e descrivere l'attuale gestione, dalla prevenzione alla cura, degli assistiti con disturbi vascolari presso il centro "Ferite Difficili", del Distretto Sanitario di Civitanova Marche

METODI. La raccolta dati è avvenuta mediante la somministrazione di un questionario allo scopo realizzato (anamnesi infermieristica, esami ematochimici e strumentali svolti, trattamento) e la consultazione della documentazione clinica presente presso il centro nel periodo febbraio-marzo 2019. Sono stati inclusi nello studio tutti gli utenti che presentavano almeno un'ulcera vascolare cronica al momento della somministrazione del questionario. L'organizzazione dei dati è avvenuta con l'ausilio di "Google Moduli"

RISULTATI. I risultati ottenuti indicano un campione costituito da 16 pazienti: 10 uomini e 6 donne, con una prevalenza di soggetti con età superiore ai 65 anni. Il 50% del campione è stato preso in carico per malattia venosa cronica. • Il 25% per ulcere di natura venosa • Il 6,25% per ulcera di natura mista • Il 6,25% per ulcera linfatica • Il 12,5% per lesioni traumatiche. Spesso, il paziente si rivolge a più centri per la gestione e la risoluzione del problema, prima di essere preso in carico dal personale dell'Ambulatorio "Ferite Difficili". Per un primo consulto, nella maggior parte dei casi, si rivolgono al MMG (68,8%). Il 31,5%, richiede il consulto solo dopo la comparsa della lesione rivolgendosi al MMG o altri centri/enti come il Pronto Soccorso, centro dermatologico. A 13 soggetti è stato prescritto l'utilizzo di calze elastiche, solo in un caso consigliate dal MMG mentre nella maggior parte dei casi consigliate dagli infermieri del Centro Ferite Difficili. Per quanto riguarda lo svolgimento di esami ematochimici e strumentali nel periodo antecedente la comparsa della lesione, il 75% del campione riferisce di aver effettuato indagini non per segni e sintomi di deficit circolatorio, ma per il monitoraggio di patologia croniche concomitanti.

LIMITI. • Limitata documentazione clinica consultata presso il centro. I documenti presenti nell'archivio risalgono al momento della presa in carico; nulla è riferito al periodo antecedente l'accesso presso l'ambulatorio. Questo non ha consentito di ricostruire a ritroso l'intero percorso del paziente. Per superare questa condizione nota, lo studio avrebbe dovuto prevedere un'ulteriore fase di raccolta dati a domicilio del paziente proprio con l'intento di consultare la documentazione clinica in suo possesso e ricostruire in modo quanto più realistico possibile tutto il percorso, dall'insorgenza della lesione ad oggi. Attualmente, a causa dell'emergenza Covid19, non è stato possibile prevedere quanto necessario. • Una completa anamnesi farmacologica, in quanto i pazienti riferiscono ciò che ricordano; • Una ricostruzione fedele dell'intero percorso effettuato dal paziente prima di essere preso in carico dal personale dell'ambulatorio; • La storia clinica riferita a precedenti episodi ulcerativi e la loro gestione; • Esami ematochimici e strumentali svolti nel periodo antecedente la comparsa della lesione ed attualmente; Un altro limite è collegato al livello di comprensione di alcune domande presenti nel questionario. La somministrazione dei quesiti ha presentato delle difficoltà di intendimento da parte di alcuni pazienti inerente alla: • Gestione dei disturbi conseguenti al deficit della circolazione (ad esempio il dolore); • Difficoltà incontrate nella gestione della loro condizione

CONCLUSIONI. Conclusioni: Dall'analisi dei dati raccolti emergono chiaramente difformità di intervento nella gestione dei pazienti con ulcere vascolari proprio per l'assenza di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale strutturato.

Autore per la corrispondenza: Cotticelli Federico - Ospedale di Civitanova Marche - Email: fcottice@virgilio.it

88. La gestione degli accessi venosi periferici in pronto soccorso: uno studio cross-sectional

Liberati Stefania¹, Fiorentini Rita², Mercoldi Matteo³, Cotticelli Federico¹

¹ATS Macerata, ²Univpm, ³Casa di Cura Villa dei Pini di Civitanova Marche

BACKGROUND. L'incannulazione endovenosa periferica è una tecnica invasiva tra le più comuni utilizzata in pronto soccorso. Essa, in molti casi, consente di salvare la vita del paziente garantendo l'infusione di diverse soluzioni e una rapida somministrazione dei farmaci. Tuttavia, le manovre di inserimento e di gestione del dispositivo endovenoso se non adeguatamente eseguite, possono comportare complicanze quali flebite, stravasato, infiltrazione, dislocazione del dispositivo stesso.

OBIETTIVI. L'obiettivo di questo studio è di valutare la pratica corrente degli infermieri di pronto soccorso del Presidio Ospedaliero di Civitanova Marche e confrontarla con quanto raccomandato dalle evidenze scientifiche del settore.

METODI. È stato condotto uno studio cross-sectional nel marzo 2021 presso il pronto soccorso del Presidio Ospedaliero di Civitanova Marche. Sono stati raccolti i dati in merito alle procedure di posizionamento e gestione dei cateteri endovenosi periferici (accertamento, posizionamento, gestione del dispositivo e gestione delle complicanze), attraverso l'uso di una griglia di valutazione redatta sulla base delle raccomandazioni fornite da linee guida e buone pratiche. Essa è stata realizzata utilizzando l'applicazione Google Moduli. Sono stati osservati i comportamenti degli infermieri di triage presenti nel turno di mattino e di pomeriggio del giorno 15/03/2021 dalle ore 08:00 fino alle ore 20:00.

RISULTATI. In totale sono stati registrati 13 posizionamenti di accessi venosi periferici. Lo studio ha evidenziato come il 69,2% (n = 9) di essi non è stato utilizzato se non per effettuare un prelievo ematico. Per il 100% (n = 13) dei pazienti, prima del posizionamento è stata valutata la presenza di eventuali alterazioni nella sede di incannulazione. L'antisepsi in tutti i casi è stata effettuata utilizzando Clorexidina 2% alcol; il rispetto dei tempi di contatto è stato atteso solo nel 30,8% (n = 4) dei pazienti. Il lavaggio delle mani, da parte degli operatori, prima di compiere la tecnica è stato effettuato nel 53,8% dei posizionamenti (n = 7) mentre nel 46,2% (n = 6) è stato effettuato il frizionamento con gel a base alcolica. Tra le possibili complicanze legate alla permanenza del catetere venoso periferico, come dislocazione (n = 0; 0%), flebite (n = 0; 0%), o l'infiltrazione (n = 0; 0%) non sono state osservate da nessun operatore in quanto non presenti.

LIMITI. Lo studio ha identificato un'alta percentuale di cateteri venosi periferici posizionati e non utilizzati nel pronto soccorso. Esso invita a promuovere criteri guida per gli operatori che devono decidere se appropriato o meno il posizionamento di un dispositivo in base alle condizioni cliniche del paziente. Emerge come sia necessario, un intervento finalizzato a promuovere le migliori pratiche, aumentare la consapevolezza da parte degli operatori dei rischi conseguenti l'impianto dei cateteri venosi periferici soprattutto se inappropriati e migliorare la documentazione.

CONCLUSIONI. Il principale limite dello studio è stata la grandezza campionaria, che non ha permesso di raggiungere un numero significativo di pazienti così da valutare in modo adeguato l'operato infermieristico. La grandezza campionaria è stata inficiata dalla pandemia causata dal virus SARS-CoV-2, che oltre ad aver congestionato e limitato una parte del pronto soccorso alla sua gestione, ha comportato una minor affluenza della popolazione all'interno della struttura. Non sono stati raccolti dati riferiti alle condizioni cliniche (es. diagnosi d'ingresso) o ai parametri vitali, questo non ha consentito di valutare la stabilità o instabilità clinica dei soggetti trattati e di determinare con precisione l'appropriatezza o meno del posizionamento del dispositivo.

89. Impatto della pandemia COVID-19 sul laboratorio clinico

Lippi Giuseppe, Perilli Valeria

Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

BACKGROUND. La pandemia da COVID-19 ha causato importanti ripercussioni sull'organizzazione del sistema sanitario nazionale, sulla sua capacità di erogare le prestazioni richieste, sull'organizzazione ed anche sui costi complessivi. Nondimeno, appare meno chiaro l'impatto sulla diagnostica di laboratorio.

OBIETTIVI. Per verificare il possibile impatto della pandemia da COVID-19 sui laboratori clinici abbiamo valutato le variazioni nel numero di richieste per D-dimero durante la pandemia.

METODI. L'analisi si è basata sui dati forniti dall'Unità di Controllo di Gestione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, relativi al numero di test del D-dimero richiesti negli anni completi 2019 ("pre-COVID-19"), 2021 e 2022 ("durante COVID-19").

RISULTATI. Il numero complessivo di test del D-dimero richiesti per pazienti interni (incluso il pronto soccorso) presso i Laboratori Analisi dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona è accresciuto da 1885 nel 2019, a 10449 nel 2021 e 5803 nel 2022, con un aumento di 5.5 ($p=0.011$) e 3.1 volte ($p=0.027$). L'incremento maggiore si è registrato nei reparti COVID-19 (malattie infettive, pneumologia, semi-intensiva), nella terapia intensiva e nei pronto soccorsi, mentre la crescita è apparsa più modesta per tutte le altre unità operative ospedaliere. Ciò ha ovviamente comportato un corrispondente incremento di costi, che ha seriamente impattato sul budget dei laboratori.

LIMITI. L'analisi è locale, e si è basata su una singola Azienda Ospedaliera Universitaria.

CONCLUSIONI. La pandemia da COVID-19 ha avuto un impatto considerevole sui laboratori clinici, sia in termini organizzativi a sia in termini economici.

90. I test antigenici auto-somministrati come strumento rapido, accurato ed economico per il triage dei pazienti all'ingresso delle strutture sanitarie

Lippi Giuseppe¹, Salvagno Gian Luca², Gianfilippi Gianluca²

¹Università di Verona, ²Ospedale P. Pederzoli di Peschiera del Garda (VR)

BACKGROUND. La pandemia da COVID-19 ha generato, e tuttora causa, un serio impatto sulla capacità di risposta dei laboratori clinici al numero di test richiesti per diagnosi e monitoraggio delle infezioni da SARS-CoV-2.

OBIETTIVI. Verificare la fattibilità di operare uno screening dei pazienti all'ingresso delle strutture sanitarie con test antigenici rapidi ed auto-somministrati.

METODI. La popolazione dello studio era composta da 165 pazienti (età media: 43 anni, intervallo: 14-68 anni; 66,1% donne) sottoposti all'esecuzione combinata di un tampone nasale e nasofaringeo all'atto dell'ingresso presso l'Ospedale Pederzoli di Peschiera del Garda (Verona). I campioni sono stati testati contemporaneamente con un nuovo test antigenico rapido usabile direttamente dal paziente (self-test; AAZ-LMB COVID-VIRO ALL IN SARS-CoV-2 RDT-Ag) e con una metodica molecolare nel laboratorio ospedaliero (lab-based; Cepheid Xpert Xpress SARS-CoV-2 RT-PCR).

RISULTATI. Il numero di soggetti positivi alla RT-PCR con valore medio di Ct

LIMITI. Numerosità potenzialmente incrementabile, studio che ha coinvolto una singola struttura.

CONCLUSIONI. L'elevato valore predittivo negativo del test antigenico rapido somministrabile come self-test all'ingresso delle strutture sanitarie valutato in questo studio consentirebbe un accurato, rapido ed economico triage dei pazienti, identificando accuratamente quelli con elevata carica virale e quindi più contagiosi.

91. Il sistema Gastropack può ridurre la domanda gastroenterologica? Risultati di un progetto multidisciplinare tra Medici di Medicina Generale e Specialisti sul territorio

Lodato Francesca, Ceroni Liza, Tassoni Alessandra, Fabbri Cristiano, Tosetti Cesare, Veduti Valerio, De Negri Mario, Roti Lorenzo, Bordon Paolo, Cennamo Vincenzo
Ausl Bologna

BACKGROUND. Il Servizio Sanitario Nazionale è fortemente sotto pressione a causa dell'aumento della domanda di prestazioni specialistiche, con rischio di inappropriata, allungamento delle liste di attesa e impatto sulla sostenibilità del sistema. A fronte di diversi approcci di "governo della domanda", presentiamo un modello di accesso alla specialistica ambulatoriale chiamato "Gastropack", che è stato applicato negli ultimi anni presso l'AUSL BOLOGNA e che è legato a un approccio condiviso tra il Medico di Medicina Generale (inviante) e lo Specialista Gastroenterologo con confronto "inter-pares" sul caso clinico

OBIETTIVI. Lo scopo dell'analisi è valutare se il sistema Gastropack è in grado di ridurre la richiesta di prestazioni strumentali gastroenterologiche

METODI. Nel Gastropack il work-up diagnostico, che può includere la valutazione clinica e/o prestazioni strumentali (ecografia addominale, EGDS e colonscopia) è schedato sulla base di una decisione condivisa multidisciplinare (guidato da criteri di appropriatezza) tra il Medico di Medicina Generale e il Gastroenterologo durante un contatto preliminare (senza paziente) in cui si valutano dati clinici, anamnestici e sintomi. Il Gastropack è stato applicato nella popolazione di un'area dell'Appennino Bolognese coinvolgendo i Medici di Medicina Generale del territorio a cui è stata data la possibilità di decidere se inviare il paziente alla presa in carico Gastropack o in alternativa utilizzare il pre-esistente sistema "open access" (OAS) di accesso agli ambulatori gastroenterologici con prenotazione mediante CUP (Centro Unico Prenotazioni). Il progetto ha una forte valenza di valorizzazione del territorio, in quanto l'erogazione del servizio viene garantita nelle realtà sanitarie del Distretto. I dati sono stati analizzati in maniera prospettica.

RISULTATI. Tra il 2016 e il 2020 i pazienti del Distretto dell'Appennino gestiti dal servizio Gastropack sono stati 6318 mentre 8150 sono stati gestiti tramite OAS (ovvero con prenotazione CUP). Sono stati eseguiti 17493 prestazioni gastroenterologiche tramite Gastropack versus 12203 prestazioni gastroenterologiche del gruppo OAS; gli esami strumentali totali sono significativamente più alti nel gruppo OAS (66% vs 43%, p

LIMITI. Il sistema è in fase di estensione anche ad altri distretti territoriali dell'AUSL Bologna. I risultati sono in corso di analisi

CONCLUSIONI. Il Gastropack rappresenta un modello di pianificazione condivisa tra Medico Medicina Generale e Specialista di un percorso gastroenterologico basato sul caso clinico. Non si tratta di un sistema referral "puro" (come visita filtro) scarsamente sostenibile in termini di risorse, ma di un approccio multidisciplinare guidato da criteri di appropriatezza. L'analisi dimostra come il sistema sia efficace nel ridurre la ripetizione di esami strumentali gastroenterologici. Il Gastropack dunque ha dimostrato di essere un sistema virtuoso che valorizza la sanità del territorio nel quale grazie a una "alleanza clinica" e a una collaborazione strutturata tra Medici di Medicina Generale e Specialisti si riduce la domanda di esami specialistici (anche invasivi), verosimilmente riducendone la quota inappropriata

92. L’Infermieristica di Famiglia come chiave per promuovere un’efficiente assistenza sanitaria territoriale community-based: revisione del panorama nazionale italiano

Mancini Arianna¹, Gatti Chiara², Tufoni Simona³, Baglioni Isabella³, Santarelli Adoriano³, Marcelli Stefano³, Ciarpella Francesca¹

¹AST Fermo, ²AOU delle Marche, ³Univpm

BACKGROUND. Uno dei principali progetti di investimento del PNRR fondato sulle 6 Missioni note è sicuramente la componente C1 della Missione 6 - Salute “Reti di prossimità strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale”, che prevede una riforma volta a definire standard organizzativi e tecnologici omogenei per l’assistenza territoriale e le strutture ad essa deputate. Questo si è concretizzato con il DM n. 77 del 23 maggio 2022. Come si può assicurare un’adeguata assistenza sanitaria territoriale se non si promuove la figura dell’Infermiere di Famiglia? Ad oggi tutti i Paesi del mondo si trovano a sviluppare modelli di erogazione delle cure primarie orientati verso un’organizzazione che vede l’infermiere come figura fondamentale e necessaria al fine di perseguire l’efficienza e la qualità dell’assistenza in termini di maggiore soddisfazione del paziente, migliori outcomes di salute e qualità di vita (Laurant et al., 2018). Sebbene la formazione post-base complementare sia disponibile da oltre un decennio, tale figura in Italia attualmente esiste solo in forma pilota; in alcune regioni, si è sviluppata maggiormente con una comprensione più chiara delle sue funzioni e responsabilità (Marcadelli et al., 2019).

OBIETTIVI. L’obiettivo del presente studio è orientato ad indagare le diverse esperienze italiane riguardo l’Infermiere di Famiglia e di Comunità in termini di efficienza degli interventi infermieristici sul singolo, sulla famiglia e sulla comunità.

METODI. È stata effettuata una revisione narrativa della letteratura selezionando gli studi negli ultimi 5 anni. Il framework PIO è stato strutturato in: “P” Infermiere di Famiglia e di Comunità; “I” continuità assistenziale alla famiglia/comunità; “O” presa in carico globale dell’assistito, della famiglia e della comunità in ambito territoriale. È stata consultata la banca dati biomedica Medline attraverso il motore di ricerca Pubmed nel mese di ottobre 2021. Le keywords utilizzate sono state “Nurs*”, “Community Health”, “Family Nurse Practitioners”, “Continuity of Patient Care”, “Family Nursing” combinate tramite l’operatore booleano AND, selezionando gli studi più recenti ed avvalendosi dei seguenti filtri: free full text, specie umana e last 5 years. In merito al contesto nazionale è stata, inoltre, raccolta la letteratura presente sull’argomento indagando nello specifico le regioni più significative in tale contesto.

RISULTATI. Lo studio di Marcadelli et al. ha approfondito il ruolo dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità in 8 regioni italiane. Gli infermieri intervistati hanno rivelato alti livelli di autonomia nella valutazione dei bisogni di salute, nella pianificazione ed implementazione degli interventi assistenziali. Inoltre, in seguito all’introduzione di questo Professionista, circa il 90% dei rispondenti dichiara una riduzione dei ricoveri ospedalieri e dei costi medi del Servizio Sanitario Regionale e circa il 96% riferisce l’ottimizzazione delle cure primarie attraverso le connessioni realizzate tra i medici di medicina generale e gli individui/famiglie, e tra le famiglie e l’assistenza sanitaria locale, in particolare grazie al miglioramento della continuità ospedale-comunità rispetto alla dimissione precoce e/o complessa. Lo studio dimostra anche un’importante eterogeneità anche solo nella descrizione delle figure e dei servizi. In diverse realtà si parla indistintamente di Infermiere di Famiglia, Infermiere di Comunità, “Infermiere Care Manager”, “Case Manager”, “Micro-Infermiere di zona” e “Infermiere primario”. Dalla letteratura nazionale sono emerse proposte di politiche professionali e sociali, in quanto il ruolo dell’Infermiere di Comunità può rappresentare una risposta ai problemi di salute e può apportare un importante contributo alla costruzione di capitale sociale. Infine, diversi studi sono concordi nell’affermare che l’impatto dell’Infermieristica di Famiglia e di Comunità sia assai rilevante per il passaggio dal modello ospedaliero-centrico al territoriale, in un’ottica di miglioramento della continuità assistenziale nel Sistema Sanitario Italiano.

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

CONCLUSIONI. La letteratura analizzata sottolinea fortemente la rilevanza ed il valore dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità come Professionista sanitario in grado di influenzare positivamente il benessere sia individuale che collettivo, impattando non solo nella gestione economica delle risorse e nella riduzione del fenomeno “ospedalizzazione”, ma anche, e soprattutto, nella qualità di vita del paziente. Tuttavia, un miglior management in termini di uniformità nella strutturazione della figura a livello nazionale promuoverebbe una sua più vasta e coerente implementazione a livello pan-territoriale.

Autore per la corrispondenza: Mancini Arianna - AST Fermo - Azienda Sanitaria Territoriale Fermo -
Email: arianna.mancini@sanita.marche.it

93. ParkinsonCare: un servizio di Telenursing per la presa in carico integrata delle persone con Malattia di Parkinson

Mancini Francesca, Paola Collalto, Noemi Conterio, Daniela Fritzsching, Orientina Di Giovanni
CareApt

BACKGROUND. Le patologie neurodegenerative rappresentano la prima causa di disabilità nel mondo e la Malattia di Parkinson (MP) è quella che cresce più rapidamente. Con una aspettativa di vita paragonabile a quella delle persone senza malattia, i pazienti con MP presentano una crescente disabilità funzionale a causa dei sintomi motori e non motori. Con il progredire della malattia, la sintomatologia è sempre meno controllata dalla terapia farmacologica. In particolare i sintomi non motori che presentano una più marcata correlazione con la qualità di vita, a causa della loro numerosità e volatilità, possono determinare, se non monitorati e controllati attraverso interventi non farmacologici, accessi inappropriati al pronto soccorso e agli ambulatori o accessi troppo tardivi provocati da complicanze non tempestivamente intercettate. Un efficace paradigma di presa in carico del paziente con MP richiede un monitoraggio regolare della sintomatologia e interventi non farmacologici (infermieristici e occupazionali) specializzati volti a promuovere nel paziente/caregiver una adeguata conoscenza dei sintomi della malattia e l'ability to cope con la sintomatologia non controllata. Numerose esperienze internazionali documentano il ruolo del Parkinson's Disease Nurse Specialist quale care manager verso i pazienti e case manager le altre figure professionali necessarie all'adeguata presa in carico del paziente e delle sue problematiche multidisciplinari (Radder DLM et al. The cost-effectiveness of specialized nursing interventions for people with Parkinson's disease: the NICE-PD study protocol for a randomized controlled clinical trial. *Trials*. 2020 Jan 15;21(1):88). Il PDNS può operare efficacemente da remoto, in modalità di telemedicina (Telenursing), in modo da erogare, a costi sostenibili, una assistenza quotidiana al domicilio e rendersi disponibile quando il paziente ne ha bisogno.

OBIETTIVI. descrivere il modello di Telenursing ParkinsonCare: struttura e operatività, dati di efficacia dell'attività svolta.

METODI. Mappatura dei bisogni clinici delle persone con MP e loro caregiver al domicilio. Disegno del processo di presa in carico e degli strumenti di valutazione clinica atti a governarlo da remoto. Selezione e configurazione del software di patient relationship management a supporto del processo. Selezione e formazione di infermieri PDNS. Creazione di una équipe multidisciplinare che collabora con il PDNS, costituita da neurologo, terapeuta occupazionale, geriatra e psicologo esperti in MP, per garantire un approccio integrato al controllo dei sintomi e alla mitigazione dei loro impatti sull'autonomia funzionale e sulla qualità di vita.

RISULTATI. La presa in carico dei pazienti avviene tramite la raccolta di una approfondita anamnesi (Enrollment) e la definizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che si articola nelle valutazioni dei bisogni, educazione sulla malattia, analisi e gestione dei sintomi non motori più rilevanti per il paziente. Vengono inoltre somministrati questionari preparatori alle visite neurologiche (questionari pre-visita). Per i sintomi non motori, in tutte le fasi della presa in carico, viene utilizzata la Non Motor Symptoms Scale for Parkinson's disease (NMSS) (Cova I et al. Validation of the Italian version of the Non Motor Symptoms Scale for Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2017 Jan;34:38-42), oltre a specifiche scale per i singoli sintomi, in caso di nuova insorgenza o esacerbazioni. Da una valutazione effettuata sull'andamento dei sintomi non motori, valutato con la NMSS, su un campione di 129 pazienti (età media 75,4 anni, durata media di malattia 9,9 anni, 66% uomini), presi in carico da 2 a 46 mesi, è emerso che il numero di sintomi gravi si riduce progressivamente, proporzionalmente al tempo di presa in carico da parte del PDNS, fino ad arrivare ad una loro riduzione del 52%. Tutti i pazienti presi in carico hanno utilizzato il servizio senza problemi, alternando videochiamate a chiamate telefoniche a seconda del bisogno. Il costo della presa in carico per il paziente è di 30 euro mensili.

LIMITI. campione eterogeneo come periodo di osservazione in quanto le rilevazioni sono state effettuate in tempi differenti ma adeguati alle esigenze dei pazienti.

CONCLUSIONI. Un programma di Telenursing supportato da un'équipe multidisciplinare, specializzata in una patologia cronica e complessa come la MP può costituire un paradigma di presa in carico efficace, accessibile e sostenibile economicamente. Una valutazione approfondita degli esiti clinici e di costo/efficacia è in corso nell'ambito di uno studio randomizzato controllato (PROUD -www.clinicaltrials.gov).

Autore per la corrispondenza: Mancini Francesca - CareApt - Email: francesca.mancini@careaptitude.com

94. Analisi del pensiero umano dei pazienti oncologici: lo sviluppo professionale degli operatori sanitari nell'attività di caring

Marcelli Stefano¹, Rocchi Renato², Gatti Chiara³, Parato Vito Maurizio⁴, Soccio Angela⁴, Boni Mariavirginia⁴, Malavolta Alessandro⁴, Traini Tiziana⁴, Rasetti Carlo⁴

¹Univpm, ²AST 4 Fermo, ³Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, ⁴AST 5 Ascoli Piceno

BACKGROUND. In Italia, negli ultimi anni il numero di nuovi casi di tumore è andato progressivamente aumentando, principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione. Questo dato, associato al complessivo miglioramento della prognosi, ha determinato un incremento significativo dei casi prevalenti e nonostante le principali società scientifiche si siano dotate di linee guida ormai universalmente utilizzate per la cura delle differenti forme tumorali, non esistono linee guida specifiche per i pazienti fragili e soprattutto non sono stati ancora identificati fattori predittivi di complessità assistenziale e strumenti per definire chi sia il "paziente fragile". La dimensione del fenomeno fragilità in ambito oncologico è ancora sottostimato e la possibilità di applicare sistemi di valutazione a tutti i pazienti oncologici può sviluppare conoscenze a favore dei professionisti della salute per meglio pianificare gli interventi sanitari.

OBIETTIVI. Indagare la dimensione del fenomeno fragilità in ambito oncologico attraverso una indagine esplorativa, in riferimento alle risposte umane dei pazienti oncologici caratterizzati da un elevato disagio emotivo. Comprendere il livello del distress psicologico degli stessi al fine di annoverare le condizioni latenti del fondamento principale del "to care" (prendersi cura).

METODI. Lo studio in oggetto è stato condotto nel 2022 nell'intervallo temporale tra maggio e settembre, metodologia di tipo quantitativo di tipo osservazionale, monocentrico, no profit, includendo oggetti di età maggiore ai 18 anni, di entrambi i sessi, afferenti all'Asur Marche Area Vasta n. 5, UU.OO Oncologia degli stabilimenti Ospedalieri "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto e "C&G Mazzoni" di Ascoli Piceno, per l'esecuzione di trattamenti chemioterapici, ai quali è stato sottoposto un questionario "Distress Thermometer in Clinical Practice", per la rilevazione e la misurazione dell'eventuale disagio emotivo.

RISULTATI. Dei 67 pazienti arruolati, il 28% (18 pazienti) è rappresentato dal sesso maschile, il 50% (34 pazienti) dal sesso femminile, mentre il restante 22% (15 pazienti) hanno preferito astenersi. I risultati ottenuti hanno messo in evidenza come il 60% del sesso maschile abbia manifestato un disagio controllato, mentre il 40% del sesso femminile si sia contestualizzato in un'ottica caratterizzata da uno stato emotivo gravoso, con la conseguente necessità di dover aderire a dei programmi di "aiuto". I pazienti arruolati nello studio hanno sviluppato sentimenti caratterizzati da depressione, paura, nervosismo, tristezza e preoccupazione. Ma i problemi principali sono stati verificati da un punto di vista fisico, poiché tutti hanno osservato cambiamenti del proprio aspetto caratterizzati da dolore, nausea, oltre la costante fatica e stanchezza che li ha portati ad una vita più ripetitiva e invariata.

LIMITI. Esistono ostacoli allo screening per il disagio. Ad esempio, i pazienti possono avere difficoltà a capire cosa significhi la parola "angoscia". Le barriere dei pazienti allo screening includono le differenze linguistiche e culturali, nonché l'alfabetizzazione e la comprensione delle cure.

CONCLUSIONI. Il distress è considerato il sesto segno vitale nelle cure oncologiche. Numerosi studi di ricerca hanno dimostrato la prevalenza del distress e il significativo impatto che ha sulla qualità della vita del paziente e sul successo del trattamento. Il codice deontologico dell'infermiere ha come mission primaria il prendersi cura della persona attraverso il sostegno fisico, psicologico e relazionale in un'assistenza basata sull'olismo considerando anche il contesto sociale e ambientale. La relazione infermiere – assistito viene svolta attraverso interventi di ascolto ed educazione pianificando incontri e valutando i bisogni assistenziali della persona. I malati di cancro spesso sperimentano un disagio clinicamente significativo e vi è la necessità di strumenti di screening brevi accettabili con cui valutare questo malessere. In verità, i risultati del presente studio confermano l'importanza dello screening "di routine" dei malati di cancro per il disagio emotivo. Inoltre, sostengono l'importanza del riconoscimento precoce del disagio tra i malati di cancro che deriva dalla possibilità di superare quella zona grigia tra la patologia dei pazienti e le competenze dei professionisti della salute. È ben noto che i programmi di screening migliorano i risultati dei pazienti solo se collegati a un sistema efficace di valutazione e trattamento. Pertanto, i centri oncologici dovrebbero implementare lo screening solo dopo aver sviluppato un piano per la valutazione tempestiva del distress, rivedendo i suoi risultati e gestendo i pazienti i cui punteggi suggeriscono un disagio clinicamente significativo.

95. Gli indicatori clinici assistenziali: la verifica delle performance e la rilevazione continua degli esiti

Marcelli Stefano¹, Rocchi Renato², Gatti Chiara³, Parato Vito Maurizio⁴, Soccio Angela⁴, Boni Mariavirginia⁴, Rasetti Carlo⁴

¹Univpm, ²AST 4 Fermo, ³Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, ⁴AST 5 Ascoli Piceno

BACKGROUND. I modelli organizzativi emergenti, si estendono su due binari paralleli, indipendenti tra loro come metodo, ma necessariamente complementari come finalità operativa. Da una parte la definizione dei nuovi assetti delle aree di degenza attraverso la realizzazione dei setting per intensità di cura anche in relazione degli effetti della Pandemia Covid-19, dall'altra attraverso la misurazione continua degli esiti sensibili alle performance dei professionisti della salute. La scelta strategica di avviare nuove modalità di efficacia ed efficienza organizzativa, nasce dalla necessità di ridefinire le modalità di risposta sanitaria ai bisogni emergenti dei cittadini, tenendo conto delle risorse limitate, ma anche dalla imprescindibile esigenza di fornire appropriatezza clinica assistenziale, evitando aree di sottoutilizzo esaminando con metodo gli indicatori di qualità di esito.

OBIETTIVI. Indagare e comprendere come misurare in maniera sistematica i risultati raggiunti da un sistema che sviluppa incessantemente cura e presa in carico della complessità degli utenti, in termini di valore aggiunto e come determinare e strutturare un contenitore di analisi appropriato di "segnalatori" legati alle performance dei professionisti della salute.

METODI. La revisione della letteratura nazionale ed internazionale è stata eseguita attraverso l'utilizzo di motori di ricerca quali PubMed, CINAHL, Cochrane Databases, EBSCO research, National Database of Nursing Quality Indicators e periodici elettronici come American Nurses Association, The Journal of the American Academy of Nurse Practitioners e Nursing Research, attraverso specifiche parole chiave, elemento booleano (AND) come: Clinical Indicators, Nursing Outcomes, Quality of care, Nursing Sensitive Outcomes, Nursing Minimum data set, Nurse Staffing, Patient Safety, Nursing Outcomes classification e Missed Nursing Care.

RISULTATI. Esperti di settore nel Corso degli anni hanno incentrato le proprie attenzioni sugli indicatori clinici di esito come la mortalità intraospedaliera, le riammissioni ospedaliere entro trenta giorni dalla dimissione, le incapacità di intervenire in tempi rapidi in caso di arresto cardio circolatorio e le infezioni conseguenti a pratiche assistenziali. Mc Kormick K, ha contestualizzato gli indicatori di esito all'interno delle aree critiche, in relazione all'incidenza di lesioni da pressione, al livello di mobilità, alla disidratazione e alla incontinenza. In ambito chirurgico si è documentato che specifici indicatori, caratteristici di performance inadeguate, come l'insorgenza di lesioni da pressione, cadute accidentali, infezioni polmonari, gestione non appropriata dei cateteri uretrali ed errori di terapia, erano in qualche modo evitabili. Hover J. et Al, ha individuato un set di indicatori misurabili in relazione alle conoscenze del paziente, relative alla patologia, alla capacità di autocura, alle terapie e ai farmaci. Lee B, in uno studio condotto in Corea, denominato Delphi, utilizzando la tassonomia NOC, ha individuato cinque variabili sensibili, per stimare la qualità dell'assistenza erogata, come i parametri vitali, i comportamenti orientati alla sicurezza, la gravità delle infezioni, la prevenzione delle cadute accidentali e il controllo del dolore. Su base volontaria negli Stati Uniti più di 2.000 ospedali aderiscono al National Database Nursing Quality Indicators (NDNQI), che attraverso delle relazioni trimestrali sugli indicatori dei processi e degli esiti per valutare l'assistenza, aspirano al riconoscimento di Magnet Hospital dell'American Nurses Credentialing Centre, attraverso la misurazione di "segnalatori" fondamentali come la capacità di sviluppare ricerca, la contenzione fisica, l'infiltrazione endovenosa periferica, le infezioni correlate a linee venose centrali e le complicanze legate alla ventilazione meccanica.

LIMITI. La presente revisione si colloca all'interno delle linee produttive del Risk Management e del miglioramento continuo e di conseguenza appare evidente che non esistano limiti di applicazione, purché venga collocato in un approccio proattivo del rischio finalizzato all'individuazione dei setting assistenziali sensibili.

CONCLUSIONI. L'obiettivo primario di verificare i segnalatori clinici assistenziali è rappresentato dalla capacità di ridurre l'errore, intercettando le aree di inappropriata e di scostamento degli esiti previsti, supportando la programmazione aziendale al fine di diffondere le migliori evidenze disponibili, migliorare l'affidabilità dei setting di cura, sviluppare le misure per affrontare gli imprevisti, dare un peso fondamentale agli esiti sensibili del caring, promuovere il senso di appartenenza all'equipe e tutto quanto possa sostenere i professionisti, in quelle condizioni, in cui sia facile fare le cose giuste e difficile fare quelle sbagliate.

Autore per la corrispondenza: Marcelli Stefano - ASUR Zona Territoriale 5 Jesi - Email: s.marcelli@staff.univpm.it

96. La complessità delle informazioni sanitarie: la documentazione assistenziale come indicatore di qualità e appropriatezza dei sistemi complessi

Marcelli Stefano¹, Rocchi Renato², Gatti Chiara³, Parato Vito Maurizio⁴, Soccio Angela⁴, Boni Mariavirginia⁴, Parziale Claudia⁴, Rasetti Carlo⁴

¹Univpm, ²AST 4 Fermo, ³Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, ⁴AST 5 Ascoli Piceno

BACKGROUND. I ricercatori di settore nel corso degli anni hanno confermato l'importanza della documentazione assistenziale che costituisce un tassello fondamentale per la qualità della presa in carico dei pazienti complessi. Nei sistemi sanitari di tutti i Paesi, la qualità della documentazione sanitaria, rappresenta il presupposto imprescindibile per il perseguimento di target di eccellenza. In tale contesto, l'appropriatezza delle cure verso ciascun utente, il libero accesso ai servizi sanitari e l'eticità nell'assistenza, fungono da elementi di garanzia delle prestazioni. Non sempre, purtroppo, la corretta produzione e tenuta della documentazione sanitaria è percepita come strumento di lavoro che integra le informazioni provenienti da tutti coloro che partecipano e contribuiscono al processo di cura, oltre a strumento che può influire sulla ricostruzione dei processi assistenziali ai fini della sicurezza dei pazienti.

OBIETTIVI. Determinare il livello di accuratezza in riferimento a specifici aspetti come il livello della struttura della cartella, l'accuratezza dell'accertamento, l'appropriatezza della diagnosi infermieristica, degli interventi infermieristici, la valutazione degli out come e la leggibilità

METODI. Lo studio in oggetto è stato condotto presso l'Asur Marche Area Vasta n. 5 Stabilimento Ospedaliero di San Benedetto del Tronto (AP), interessando le UU.OO di Medicina Interna, Geriatria, Ortopedia, Neurologia, Cardiologia, Chirurgia, Psichiatria, Ostetricia, Pediatria e Nido. La metodologia utilizzata si è basata sull'utilizzo di coppie di revisori indipendenti, casualità random, verifica retrospettiva cronologica in base all'archiviazione delle cartelle, con criterio di inclusione di ricoveri maggiori di tre giorni, attraverso l'utilizzo del D-Catch instrument, modello psicometrico utilizzato per la misurazione e l'accuratezza della documentazione infermieristica nelle strutture assistenziali.

RISULTATI. L'analisi dettagliata dello studio ha messo in evidenza che la UOC Ostetricia raggiunge un livello ottimale solo e soltanto nel dato qualitativo riferito alla leggibilità, mentre negli 5 aspetti si attesta ad un livello incompleto. La Pediatria pur manifestando un livello superiore di media rispetto alla UOC Ostetricia non raggiunge in nessun aspetto la sufficienza a differenza del Nido che almeno in due aree come la leggibilità e l'appropriatezza degli interventi conquista un valore idoneo. Nell'osservazione dell'andamento del Dipartimento della Salute mentale e nello specifico la UOC Psichiatria, soltanto la leggibilità e la struttura della cartella sono risultati conformi. Osservando l'area Chirurgica, il giudizio oggettivo legato ai vari Item aumenta di livello, in termini di adeguatezza in linea con le best practice, anche se non in maniera completa ma sicuramente migliori del Dipartimento Materno Infantile e della Salute Mentale. Confrontando i dati tra la UOC Chirurgia e UOC Ortopedia, appare evidente che in quest'ultima si raffigurano valori come competenza e abilità nella governance di tutti gli aspetti relativi alla leggibilità e alla struttura della documentazione, con picchi di completezza pari al livello ottimale riferiti alla stima della valutazione dell'out-come, dell'appropriatezza degli interventi, della diagnosi e dell'accertamento. Analizzando l'area Dipartimentale Medica, tranne la UOC di Cardiologia che descrive una stratificazione dei vari aspetti al di sotto della soglia di validità, le UU.OO Medicina Interna, Geriatria e Neurologia si attestano a livelli medio alti relativamente a tutte le condizioni che riconducono ad una quantificazione ottimale della buona pratica certificativa delle azioni assistenziali.

LIMITI. Sono pochi gli studi in letteratura che hanno analizzato l'appropriatezza della documentazione clinica assistenziale e comunque tra le diverse Unità Operative possono sussistere delle discrepanze in riferimento alla tipologia del sistema informativo utilizzato e la contestuale differenza dei casi trattati

CONCLUSIONI. Il sistema assistenziale si sviluppa all'interno di quelle aree che hanno l'obiettivo di misurare in maniera organizzata tutti i documenti/cartelle cliniche assistenziali dove sono riportate le attestazioni che devono rispondere a specifici criteri di compilazione come la rintracciabilità, le informazioni pertinenti, la veridicità, la chiarezza, l'accuratezza e il livello di completezza. L'omissione di informazioni chiave per il buon esito delle cure può comportare danni in termini di outcome compromettendo gli esiti assistenziali portando ad un aumento dei costi sanitari. Non sempre, purtroppo, la corretta produzione e tenuta della documentazione sanitaria è percepita come strumento di lavoro che integra le informazioni provenienti da tutti coloro che partecipano e contribuiscono al processo di cura, oltre a strumento che può influire sulla ricostruzione dei processi assistenziali ai fini della sicurezza dei pazienti.

Autore per la corrispondenza: Marcelli Stefano - ASUR Zona Territoriale 5 Jesi - Email: s.marcelli@staff.univpm.it

97. Le condizioni latenti all'interno dei sistemi assistenziali complessi: la determinazione della dotazione organica a supporto dei migliori esiti dell'assistenza infermieristica

Marcelli Stefano¹, Rocchi Renato², Gatti Chiara³, Parato Vito Maurizio⁴, Soccio Angela⁴, Traini Tiziana⁴, Boni Mariavirginia⁴, Rasetti Carlo⁴

¹Univpm, ²AST 4 Fermo, ³Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, ⁴AST 5 Ascoli Piceno

BACKGROUND. Gli approfondimenti della letteratura scientifica dedicata a questi temi ha confermato come i problemi di staffing in sanità, (carenza di personale e nello specifico delle risorse critiche, aumento del turn-over, incremento dell'età media dei professionisti), congiuntamente al peso e alla ripetizione delle interruzioni dei flussi lavorativi nonché alle pratiche amministrative costrittive, siano alcuni degli elementi che contrastano in maggior misura, in modo critico sull'organizzazione del lavoro, sulla sicurezza delle cure e sul benessere degli operatori sanitari, compromettendone la performance e aumentando le probabilità di eventi avversi a danno dei pazienti. In tutti i setting assistenziali, le risorse umane si raffigurano come una entità cruciale ed elemento delicato di buoni risultati, con carattere di competenze e opportunità per mantenere gli standard assistenziali di sicurezza. Le risorse umane rappresentano un valore aggiunto per il Sistema sanitario in termini di professionalità e specificità con un necessario adattamento alle istanze, che si sono modificate nel tempo facendo emergere nuovi bisogni di salute della popolazione sempre più anziana, fragile e pluripatologica.

OBIETTIVI. Conoscere ed esaminare come la dotazione organica può influire sugli esiti assistenziali e come le raccomandazioni sullo "staff" per una presa in carico sicura e di qualità che devono essere adottate, sulla base delle evidenze scientifiche e degli studi internazionali, europei e nazionali per prevenire e limitare esiti negativi sensibili all'assistenza infermieristica alle persone fragili.

METODI. La revisione della letteratura nazionale ed internazionale è stata eseguita attraverso l'utilizzo di motori di ricerca quali PubMed, CINAHL, Cochrane Databases, EBSCO research, National Database of Nursing Quality Indicators e periodici elettronici come American Nurses Association, The Journal of the American Academy of Nurse Practitioners e Nursing Research, attraverso specifiche parole chiave, elemento booleano (AND) come: Staff Nursing, Adverse Event, Quality of Care, Nursing Sensitive Outcomes, Levels of Care e Human Resource Management.

RISULTATI. I prodotti derivanti da studi di settore indiscutibilmente, prendendo in considerazione la tematica delle dotazioni organiche e di fabbisogno del personale infermieristico, mettono in risalto un quadro legislativo frammentato e ormai superato per i tempi contemporanei. Tale circostanza convoglia ad una definizione del fabbisogno infermieristico in relazione ai posti letto, ai minuti di assistenza decretati a priori per ogni specialità clinica, alla degenza media, all'indice di rotazione, al tasso di utilizzo e al numero dei ricoveri. Molti ricercatori si interrogano sistematicamente per definire un cut off di "tranquillità assistenziale", che tenga conto della complessità clinico assistenziale del paziente finalizzato ad un decremento della mortalità intra ospedaliera e ad una riduzione dei costi legati alle controversie legali. La letteratura rimarca che un paziente su sette, subisce un errore durante il processo di caring e il 73% dei professionisti dichiarano che il personale risulta inadeguato e più della metà di questi stia considerando la possibilità di abbandonare la propria attività lavorativa. Una ricerca multicentrica condotta su 12 paesi Europei, Inghilterra, Belgio, Finlandia, Germania, Grecia, Irlanda, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Spagna, Svezia e Svizzera ha appurato che un infermiere su cinque è insoddisfatto in relazione al salario di retribuzione e alla opportunità di carriera, ma sostanzialmente è emerso un quadro generale definito da forti apprensioni in relazione agli organici e alla inadeguatezza di governare tutte le circostanze assistenziali. Progetti di ricerca hanno sottolineato che una efficace dotazione organica comporta una minore incidenza di polmonite post operatoria, una diminuzione delle cadute accidentali e che vi è una vigorosa associazione tra diminuzione della stessa rispetto all'accrescimento della durata dei ricoveri, delle infezioni, delle lesioni da decubito, della mortalità accompagnata da una forte riduzione della soddisfazione dei singoli utenti e famigliari.

LIMITI. Non esistono barriere applicative legate alla determinazione delle dotazioni organiche purché siano stabilite e determinate da criteri oggettivi indicati dalla letteratura configurando il numero adeguato di staff rispetto al reale impegno assistenziale.

CONCLUSIONI. Se è vero che la complessità è l'antagonista della sicurezza delle cure, si rende necessario uno sforzo delle organizzazioni sanitarie al fine di configurare le varie dotazioni organiche in connessione alla "gravità" assistenziale dei singoli pazienti.

Autore per la corrispondenza: Marcelli Stefano - ASUR Zona Territoriale 5 Jesi - Email: s.marcelli@staff.univpm.it

98. Monitoraggio epidemiologico di COVID-19

Camilla Mattiuzzi¹, Giuseppe Lippi²

¹Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, ²Università degli Studi di Verona

BACKGROUND. Il monitoraggio epidemiologico è uno dei cardini dei sistemi sanitari, in quanto consente di valutare retrospettivamente ed in tempo reale l'utilizzo di risorse ed occupazione di posti letto, al fine di attuare le misure più idonee per efficientare il sistema.

OBIETTIVI. Lo scopo di questa analisi è stato il confronto delle variabili epidemiologiche sanitarie "media dei casi positivi per COVID-19", "media giornaliera ricoveri ordinari per COVID-19", "media giornaliera ricoveri in terapia intensiva (TI) per COVID-19", "percentuale ricoveri ordinari per COVID-19 sui casi totali" e "percentuale ricoveri per COVID-19 in TI sui casi totali" dall'inizio della pandemia ad oggi, stratificati per il periodo di prevalenza delle principali varianti di SARS-CoV-2 (Pre-Alpha, dal 24/02/2020; Alpha, dal 01/02/2021; Delta, dal 28/06/2021; Omicron BA.1, dal 03/01/2022; Omicron BA.2, dal 14/03/2022; Omicron BA.5, dal 20/06/2022; Omicron BQ.1, dal 24/11/2022).

METODI. I dati epidemiologici ufficiali per la pandemia da COVID-19 in Italia sono stati ricavati dalle fonti ufficiali dell'Istituto Superiore di Sanità (EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica).

RISULTATI. La successione delle varianti, e l'aumento del livello di immunizzazione (naturale o vaccinale) della popolazione hanno determinato una sostanziale variazione degli indicatori epidemiologici valutati. In particolare, l'evoluzione della media giornaliera di casi positivi secondo la sequenza delle varianti descritte in precedenza è stata nei periodi di prevalenza delle varianti Pre-Alpha, Alpha, Delta, Omicron BA.1, Omicron BA.2, Omicron BA.5 ed Omicron BQ.1 (mediana dell'indicatore giornaliero e suo intervallo interquartile): 62576 (444893), 413967 (217194), 135325 (923604), 1138875 (469172), 571344 (498615), 502827 (15824) e 419249 (118270). La media giornaliera ricoveri ordinari per COVID-19 è stata: 8957 (21659), 18638 (13993), 4133 (7091), 8692 (4139), 6604 (2664), 8361 (722) e 8055 (3059). La media giornaliera ricoveri in terapia intensiva (TI) per COVID-19 è stata: 797 (2438), 2194 (1667), 525 (567), 369 (199), 234 (96), 303 (50) e 314 (31). La percentuale ricoveri ordinari per COVID-19 sui casi totali è stata: 5.8% (10.4%), 4.5% (1.4%), 2.5% (2.1%), 0.8% (0.1%), 0.8% (0.4%), 1.7% (0.1%) e 1.9% (0.2%). Infine, la percentuale ricoveri per COVID-19 in TI sui casi totali è stata: 0.52% (0.63%), 0.55% (0.11%), 0.33% (0.34%), 0.03% (0.00%), 0.03% (0.01%), 0.06% (0.01%) e 0.08% (0.01%).

LIMITI. Non evidenti.

CONCLUSIONI. L'analisi delle variabili epidemiologiche selezionate evidenzia come l'impatto di COVID-19 sul sistema sanitario nazionale sia stato estremamente eterogeneo fin dall'inizio della pandemia. In particolare, il picco di ospedalizzazioni e ricoveri in TI si è raggiunto durante il periodo Alpha per poi decrescere progressivamente fino alla comparsa dei primi stadi di Omicron, salvo che nell'ultimo periodo, caratterizzato da Omicron BA.5 e Omicron BQ.1, gli indicatori hanno registrato una preoccupante (seppur modesta) risalita. La severità delle infezioni (in termini di percentuali di ospedalizzazioni e ricoveri in TI rispetto ai casi totali) ha seguito un andamento simile, con massima gravità durante il periodo pre-Alpha ed Alpha, attenuandosi successivamente nel tempo a valori da 3 a 7 volte più bassi per i ricoveri ordinari e da 7-17 volte più bassi per quelli in TI. È tuttavia importante notare come, anche in questo caso, il periodo recente caratterizzato da Omicron BA.5 e Omicron BQ.1 abbia comportato una risalita di ricoveri ordinari e di quelli in TI. Ciò è verosimilmente accaduto per effetto della capacità di queste due varianti di evadere la risposta immunitaria vaccinale e/o acquisita a seguito di immunizzazione con varianti pregresse.

Autore per la corrispondenza: Lippi Giuseppe Lippi - Università degli Studi di Verona - Scuola di Medicina e Chirurgia - Email: giuseppe.lippi@univr.it

99. Misurazione del carico di lavoro infermieristico correlato alla complessità assistenziale nel setting intensivo cardiologico e cardiochirurgico pediatrico e congenito: analisi degli strumenti in letteratura

Mazzieri Ludovica¹, Gatti Chiara¹, Pelusi Gilda²

¹AOU delle Marche, ²Univpm

BACKGROUND. Negli ultimi decenni in ambito sanitario la professione infermieristica è diventata sempre più complessa e con crescenti esigenze. È infatti aumentata la complessità assistenziale del paziente e, di conseguenza, il carico di lavoro degli infermieri che si interfacciano con situazioni complesse (Myny et al., 2012). La letteratura è in accordo col confermare la difficoltà nel trovare una risposta alla domanda riguardante quanti infermieri siano necessari in un reparto su base giornaliera. Si parla di rapporto infermiere/paziente per intendere quanti pazienti può assistere al meglio ogni infermiere nel turno di lavoro. Negli ultimi trent'anni sono stati implementati diversi strumenti di classificazione del paziente e/o misurazione del carico di lavoro infermieristico con l'obiettivo di ottimizzare l'utilizzo delle risorse infermieristiche. Nonostante la disponibilità di metodologie e parametri per stabilire la dimensione del personale, tuttavia esistono lacune per quanto riguarda la misurazione del carico di lavoro correlato alla complessità assistenziale nelle unità pediatriche ed in particolare quelle inerenti l'ambito cardiovascolare intensivo.

OBIETTIVI. Ricercare in letteratura uno strumento applicabile in ambito cardiologico pediatrico intensivo che misuri i carichi di lavoro correlati alla complessità assistenziale dei pazienti ricoverati in cardiologia e cardiochirurgia pediatrica e congenita.

METODI. La revisione sistematica della letteratura ha interessato il periodo da Aprile 2022 a Agosto 2022. La struttura PIO è stata utilizzata per selezionare i termini di ricerca al fine di raggiungere gli obiettivi preposti. Partecipanti: pazienti pediatrici e congeniti adulti ricoverati in setting intensivo cardiologico e cardiochirurgico. Interventi: utilizzo di strumenti validati dalla letteratura per valutare i carichi di lavoro e la complessità assistenziale. Outcome: misurazione del carico di lavoro infermieristico in relazione alla complessità assistenziale in ambito intensivo cardiologico e cardiochirurgico adulto congenito, pediatrico e neonatologico. La revisione è stata condotta nelle banche dati medico-scientifiche Medline, Scopus e Cochrane. Sono stati considerati articoli pubblicati negli ultimi 10 anni, pubblicati in lingua inglese e spagnola e disponibili in full-text. Ci si è avvalsi della metodologia PRISMA, per cui è stato redatto un diagramma di flusso per definire il numero di articoli considerati per la ricerca, i risultati del processo di screening, i records che soddisfano i criteri di ammissibilità e gli studi inclusi per la revisione finale. Nello studio sono stati inclusi 13 articoli.

RISULTATI. La ricerca ha dimostrato che il carico di lavoro infermieristico è influenzato da molti fattori ed è improbabile che un unico strumento del carico di lavoro tenga mai conto di tutti i possibili fattori associati, a tal fine sono state redatte varie scale di misurazione. Confrontando le diverse scale di misurazione dallo studio si evince che la scala CAMEO II risulti la più idonea nella misurazione del carico di lavoro nel paziente pediatrico cardiologico intensivo, mentre la scala TISS è più appropriata nell'ambito delle cure intensive pediatriche generali (Connor et al., 2020; Nieri et al., 2018). Numerosi studi dimostrano come una corretta e precisa valutazione dei carichi di lavoro infermieristico misurati in relazione alla complessità assistenziale dei pazienti porti ad una migliore valutazione del fabbisogno del personale nei setting intensivi cardiologici e cardiochirurgici.

LIMITI. Il principale limite emerso dallo studio è la mancanza di uno score valutativo che consideri il carico di lavoro infermieristico nella sua globalità, comprendendo non solo i vari livelli di complessità clinico-assistenziale, ma anche le difficoltà gestionali ed organizzative riguardanti il paziente pediatrico cardiologico e cardiochirurgico in tutto il suo percorso assistenziale.

CONCLUSIONI. È fondamentale l'utilizzo nella pratica clinica di modelli standardizzati che facciano riferimento alle più aggiornate evidenze scientifiche, dando l'opportunità agli infermieri di migliorare la qualità dell'assistenza erogata. L'utilizzo di scale quali CAMEO II e TISS risulta ad oggi utile nell'individuare il carico di lavoro infermieristico e, potenzialmente, a stabilire un adeguato numero di infermieri/paziente. Tali metodiche quantitative potrebbero essere applicate al fine di migliorare modelli organizzativi e gestionali del personale sanitario garantendo una sempre migliore nursing care sia in ambito cardiologico intensivo che non.

Autore per la corrispondenza: Gatti Chiara Gatti - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Email: chiara.gatti2019@gmail.com

100. “MHealth nell'emergenza sanitaria: Revisione della letteratura”

Messi Daniele¹, Pasquaretta Arianna², Wròbel Silvia³, Giampaolletti Andrea¹, Diambri Giulia⁴, Di Silvio Valentina⁵, Belluccini Alessandra¹, Lampisti Anna Rita⁵, Sarzana Fabio⁶, Adrario Erica³

¹AOU delle Marche, ²AST 3 Macerata, ³Univpm, ⁴AUSL Romagna, ⁵AST 2 Ancona, ⁶AST 4 Fermo

BACKGROUND. Nei servizi di urgenza-emergenza, nei quali le decisioni vengono prese molto rapidamente, la raccolta sistematica dei dati è una questione essenziale per la gestione della salute del paziente e, in alcuni casi, diventa rilevante per la sua stessa sopravvivenza. La letteratura scientifica riporta diversi studi che hanno lo scopo di evidenziare l'introduzione della tecnologia nelle ambulanze attraverso lo sviluppo di applicazioni che supportano il personale nella raccolta dei dati, interpretazione dei protocolli o durante somministrazione dei farmaci ad alto rischio di errori. Si è notato soprattutto, un rapido sviluppo di un ampio settore che fa parte della pratica eHealth denominata mHealth che significa “salute e pratica medica supportate da dispositivi mobili”. Essa permette di sistemare i dati, immagini e le voci oltre che trasportare da un punto all'altro ciò che è stato elaborato e memorizzato. Grazie alle loro dimensioni piccole, capacità di elaborare i dati a bordo di un veicolo, connettività in qualsiasi posto, hanno subito un notevole progresso per aiutare la popolazione ma soprattutto il personale sanitario nell'affrontare i problemi di salute.

OBIETTIVI. Analizzare le tecnologie MHealth utilizzate dagli operatori sanitari nei servizi di emergenza territoriale.

METODI. È stata condotta una revisione narrativa della letteratura attraverso una ricerca nei database PubMed, Scopus, Cochrane. Le parole chiave utilizzate sono state: Mobile App, Prehospital Emergency Care, Nursing Documentation, Mobile Health, TIC, salute mobile. Sono stati applicati dei filtri relativi all'intervallo temporale 2012-2022, alla lingua inglese e/o italiana e full text.

RISULTATI. Nello studio sono stati inclusi 10 articoli: 1 prospettico osservazionale, 1 pilota, 1 revisione sistematica, 1 quantitativo, 2 multicentrico randomizzato, 1 caso-controllo, 2 clinical trial, 1 case-report. Uno studio riguarda lo sviluppo di un sistema mobile ECG “Cloud Cardiology” nell'assistenza pre-ospedaliera, per la trasmissione delle immagini al server cloud e una successiva sperimentazione clinica per valutare l'efficienza del sistema nel miglioramento della diagnosi sul paziente. Un altro valuta un dispositivo di teleconsulto che ha permesso ai paramedici di effettuare procedure, normalmente consentite solo sotto stretto contatto con il medico; quindi, senza la necessità che il paziente fosse prima trasportato in ospedale. Alcune applicazioni si occupano della consultazione dei protocolli di emergenza nelle ambulanze e la rivisitazione dell'intera procedura di intervento coadiuvati da un dispositivo di interazione vocale; altre supportano il professionista nel ridurre gli errori nella preparazione dei farmaci di emergenza durante la simulazione dell'arresto cardiaco pediatrico. Altri studi riguardano lo sviluppo di applicazioni per la registrazione del Processo Infermieristico da parte degli infermieri del soccorso territoriale e l'utilità dei dati raccolti su cartelle elettroniche nell'assistenza extraospedaliera determinando quali informazioni devono essere memorizzate. In questo modo i professionisti analizzano e gestiscono i dati oltre che condividerli in tempo reale, in tutti i settori della sanità.

LIMITI. Le criticità che sono state riscontrate sono legate al fatto che la maggior parte delle applicazioni hanno bisogno di ulteriori studi per comprenderne il loro utilizzo migliore nell'ambiente extraospedaliero. La funzionalità della più numerosa parte delle applicazioni viene valutata attraverso una simulazione e non in un ambiente vero e proprio di lavoro: questa, innegabilmente, può essere ritenuta una criticità a sfavore del progetto. Molte di queste applicazioni hanno bisogno della presenza necessaria della rete Wi-fi senza la quale non possono funzionare, sono, inoltre, disponibili solo su una piattaforma, o hanno tempi troppo lunghi necessari per la valutazione. In diversi casi l'utilizzo della tecnologia può rallentare le manovre salva vita poiché alcune di loro hanno bisogno di accesso con password e nome utente, ed anche il semplice avvio della videochiamata necessita di inevitabili tempi di reazione.

CONCLUSIONI. Le applicazioni mHealth hanno mostrato, attraverso il loro utilizzo, un miglioramento nella qualità delle cure, un aumento nell'accesso alle informazioni sanitarie da parte dei cittadini e, infine, hanno promosso comportamenti sanitari positivi nella popolazione al fine di prevenire l'insorgenza delle malattie acute e croniche. In tutti gli studi analizzati, è stata riscontrata la necessità espressa dai professionisti sanitari del supporto di dispositivi mobili; gli stessi operatori ne hanno confermato l'utilità e l'efficacia confermando comunque l'eventuale necessità di produrre tutte le ricerche necessarie alla validazione degli stessi.

Autore per la corrispondenza: Pasquaretta Arianna - ASUR Marche - Area Vasta n. 3 Civitanova Marche - Macerata - Camerino - Email: a.pasquaretta@gmail.com

101. Management del dolore in ambito cardiocirurgico e sviluppo professionale infermieristico: una revisione sistematica della letteratura

Mozzoni Sara¹, Marconi Michela², Gatti Chiara², Borgognoni Cinzia², Marchetti Mara³, Mercuri Maurizio³
¹Centro Clinico Nemo, ²AOU delle Marche, ³Univpm

BACKGROUND. Il management del dolore in ambito cardiocirurgico e cardiologico è un'importante obiettivo assistenziale da raggiungere quando si prende in carico un paziente pediatrico e/o congenito. L'International Association for the Study of Pain (IASP) definisce il dolore come "una spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale associata a, o che assomiglia a quella associata a, un danno tissutale attuale o potenziale". Con la Legge 38/2010 il dolore è stato considerato come il quinto dei parametri vitali, addirittura l'art. 7 recita che "all'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito". Anche l'utilizzo in autonomia delle scale di valutazione del dolore post cardiocirurgico da parte degli infermieri ha permesso alla categoria di elevarsi da mero esecutore di mansioni dettate da ordini medici a Professionista Sanitario responsabile del proprio operato basato sulla "scienza e la coscienza infermieristica".

OBIETTIVI. Investigare e delineare l'uso appropriato da parte dell'infermiere delle scale di valutazione del dolore procedurale e post operatorio e dei trattamenti farmacologici e non a pazienti di ciascuna fascia di età in ambito cardiologico e cardiocirurgico pediatrico e congenito.

METODI. Lo studio è stato condotto tra Febbraio e Maggio 2021 su quattro database diversi: Medline (attraverso Pubmed), Cinahl, Cochrane e Web of science; inoltre, sono stati inclusi studi appartenenti alla letteratura grigia. Le principali parole chiave utilizzate per la ricerca sono state: "post operative pain management", "pharmacological treatment", "non pharmacological treatment", newborn, child*, adult, "heart surgery", "cardiac surgery" incrociate tra loro con gli elementi booleani "AND" o "OR". Dopo aver redatto la PRISMA flow-chart, sono stati applicati i filtri e sono stati analizzati nel dettaglio i records restituiti dalle stringhe di ricerca. Gli articoli utilizzabili dopo valutazione qualitativa (AMSTAR II, STROBE, JBI Checklist) ammontano a 54, divenuti la base per la realizzazione di una tabella bibliografica riassuntiva.

RISULTATI. Gli argomenti trattati toccano tutti gli aspetti del management del dolore per ogni fascia della popolazione per avere un quadro completo del particolare campo dell'assistenza infermieristica che è la cardiocirurgia pediatrica e congenita. In letteratura, sono presenti diversi sistemi di valutazione: dalla ricerca si è dimostrato che le scale CRIES, FLACC, WBPRS, NRS e PAINAD sono le più attendibili in ambito cardiologico e cardiocirurgico e possono essere somministrate in autonomia dall'infermiere. Le strategie non farmacologiche più attendibili sono le tecniche di distrazione, il posizionamento, l'ambiente e la stimolazione sensoriale nonché una buona educazione del genitore e del caregiver. L'uso di tecniche farmacologiche analgesiche deve seguire un protocollo preciso ed è necessario conoscere sia gli effetti benefici che quelli tossici per non incorrere in assenza di onset, tolleranza da farmaco o effetti collaterali.

LIMITI. I limiti principali di questo studio sono: la difficoltà alla raccolta degli articoli in quanto nei motori di ricerca il termine "cardiocirurgia" viene espresso indistintamente come "cardiac surgery" e "heart surgery" (ciò implica un impiego di stringhe di ricerca pari al doppio, utilizzando entrambi i termini) e la mancata possibilità di accedere a tutti i full-text.

CONCLUSIONI. La legge 42/99 ha conferito il pieno riconoscimento, sia giuridico che formale, all'attività dell'infermiere abolendo la metodologia di lavoro per mansioni. La ricerca ha restituito un numero molto elevato di scale di valutazione del dolore ed ognuna di esse deve essere accuratamente valutata e calata al rispettivo setting assistenziale. L'uso giudizioso delle procedure, una valutazione del dolore routinaria e di follow-up, l'uso dei trattamenti non farmacologici, in considerazione dell'individualità dell'assistito, sono svolte in completa autonomia dall'infermiere. Anche la terapia farmacologica antalgica può essere somministrata in autonomia a patto che siano presenti protocolli specifici condivisi tra medico e infermiere ed autorizzati. Pertanto, si è passati da semplici esecutori a soggetti attivi nel management del dolore, promotori di progetti e di obiettivi, lavorando anche in equipe, con conseguenti responsabilità, nell'ipotesi di errori nel proprio operato o nelle proprie decisioni, in sede civile, penale e disciplinare/amministrativo.

102. La qualità di vita nell'assistito stomizzato: studio osservazionale

Muratori Costanza¹, Tufoni Simona², Baglioni Isabella², Sarzana Fabio², Ceroni Enrico²

¹Azienda Ospedaliera Universitaria delle Marche, ²Univpm

BACKGROUND. Negli anni il sistema sanitario ha subito un processo di “modernizzazione” e la tecnologia é spesso utilizzata come metodica di educazione per gli utenti affetti da una particolare condizione, specie se cronica, come quella del soggetto stomizzato. Esistono delle “apps” utilizzabili attraverso smartphone o tablet in grado di erogare delle informazioni “controllate” fondate sulle migliori evidenze disponibili che migliorano l’autocura dello stomizzato nel contesto domiciliare nel lungo termine, offrendo al contempo un’opportunità alternativa atta al miglioramento della qualità di vita.

OBIETTIVI. Gli obiettivi che sottendono al presente studio sono due. Il primo consiste nella valutazione della qualità di vita mediante l’attribuzione di uno “score” alla popolazione di riferimento a partire dalle risposte agli items del questionario “Stoma QoL”; il secondo si prefigge invece di valutare la potenziale efficacia delle “apps” per stomizzati come strumento educativo di promozione all’autocura, in contesti extraospedalieri e l’eventuale adesione alle strategie proposte.

METODI. È stata condotta un’indagine conoscitiva di tipo osservazionale. Lo studio ha coinvolto n.41 utenti con un’età media di 74 anni, afferenti all’Ambulatorio Stomizzati del P.O. “Murri di Fermo” da luglio a settembre 2019. Al termine del follow up con lo stomaterapista gli utenti in possesso della strumentazione tecnologica richiesta, sono stati inizialmente invitati a compilare il questionario “Stoma QoL” al fine di effettuare una valutazione sulla qualità di vita e successivamente sono state mostrate loro delle “Apps” specifiche per soggetti stomizzati seguite dalla somministrazione immediata di un questionario di follow up.

RISULTATI. All’analisi delle risposte ai questionari emerge che la maggioranza degli utenti reclutati godono di una “media qualità di vita (Score 40-59) e che le dimensioni della qualità di vita più compromesse sono quelle correlate alle problematiche derivanti dal presidio stomale (odore, distacco del presidio) e alla qualità del sonno e del riposo. Dalle risposte ai questionari di follow up si evidenzia l’adesione all’unanimità alle strategie educative proposte.

LIMITI. L'utilizzo della tecnologia è presupposto di base alla valutazione delle app e limita la numerosità campionaria

CONCLUSIONI. La proposta delle “apps” come strategia mirata all’“empowerment” dello stomizzato risulta essere apprezzata dalla popolazione all’unanimità. Dato l’aumento delle patologie croniche, le “apps” potrebbero essere adattate alla condizione degli assistiti e utilizzate come strumento di promozione all’autocura e di monitoraggio trasversale alla clinica.

103. Survey sulla gestione del paziente Covid-19 nei servizi di radiologia

Nicolò Marco¹, Angie Devetti², Risoli Camilla³, Adraman Altin⁴, Rigott Irene Gertrud⁵, Tombolesi Alessandro⁶, Migliorini Matteo⁷, Di Feo Daniele⁸, Di Naro Angelo⁹, Martini Chiara¹⁰

¹Spedali Civili di Brescia, ²Università degli Studi di Udine, ³Ospedale di Piacenza, ⁴AOU di Padova, ⁵Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma Claudiana, Bolzano, ⁶Azienda Ospedaliera-Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino, ⁷AOU di Ferrara, ⁸AOU Meyer di Firenze, ⁹Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, ¹⁰AOU di Parma

BACKGROUND. La pandemia da Covid-19 ha avuto un impatto enorme sui dipartimenti di radiologia italiani influenzandone la gestione e il lavoro dei professionisti sanitari. Lo scenario lavorativo è cambiato rapidamente durante le varie ondate ed è risultato cruciale garantire un elevato standard di cure.

OBIETTIVI. Lo scopo di questo studio è quello di indagare, attraverso una survey, l'impatto della pandemia da Covid-19 sui servizi di radiologia italiani e sui professionisti sanitari coinvolti nel processo radiologico nel periodo da gennaio a marzo 2022.

METODI. La survey è stata redatta da un gruppo di Tecnici Sanitari di Radiologia Medica (TSRM) in accordo con la Checklist for Reporting Results of Internet Survey (CHERRIES). Un piccolo gruppo ha fatto da test per la validazione del questionario, per il quale non è stata necessaria l'approvazione di un comitato etico, poiché i dati sono stati raccolti in forma anonima. La survey, fruibile online da gennaio a marzo 2022, è stata divulgata attraverso i social media ed era composta da 12 sessioni: dati demografici ed epidemiologici; procedure e percorsi diagnostici; Covid-19, cosa è cambiato dalla prima ondata; gestione del rischio; sicurezza dei lavoratori e dei pazienti; esami di follow-up; esami di screening; protocolli di radiologia tradizionale (RX) e di Tomografia Computerizzata (TC); dispositivi di protezione individuale in RX e TC, software di Intelligenza Artificiale (IA); stress e burn out.

RISULTATI. L'età mediana dei partecipanti è stata di 35-45 anni, 51.9% di questi erano maschi. La quantità totale di partecipanti è stata di 1376, di cui l'88.4% erano dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica (TSRM). Gli altri professionisti sanitari erano per lo 0,3% infermieri, per il 10.2% TSRM coordinatori e per il 0.4% accademici. 73.7% dei partecipanti lavoravano in una struttura pubblica e l'87.1% aveva un contratto a tempo pieno. La mediana dell'esperienza lavorativa dei partecipanti espressa in anni è stata maggiore di 10. È stata eseguita un'analisi comparativa tra i partecipanti che lavoravano nel pubblico e tra quelli nel privato attraverso i test del chi-quadro e il test di Fisher (SPSS Statistics, IBM, v29). L'82% dei lavoratori nel pubblico hanno confermato che nella loro organizzazione esisteva un'istruzione operativa in TC su pazienti sospetti o confermati Covid-19 (p

LIMITI. Questo studio presenta alcuni limiti. Il numero dei partecipanti è stato non sufficientemente alto se lo si compara con la popolazione nazionale di TSRM, che è di circa 28 mila. Questo può essere spiegato dalla percezione del tempo impiegato per completare la survey, ritenuto probabilmente eccessivo a causa delle diverse sessioni. Inoltre, alcuni aspetti non sono stati investigati per cercare di ottenere il miglior tasso di adesione possibile. Infine, i dati raccolti dai lavoratori di strutture private sono stati ampiamente inferiori rispetto a quelli raccolti per il lavoro di strutture pubbliche.

CONCLUSIONI. Questa survey ha mostrato come la pandemia da Covid-19 ha avuto un impatto sui dipartimenti di radiologia in Italia in confronto alla prima ondata. Gli ospedali pubblici sembra siano maggiormente preparati da un punto di vista organizzativo rispetto alle realtà private perché hanno una più lunga e strutturata esperienza sulla gestione di malattie infettive e sui percorsi diagnostico-terapeutici. Le implementazioni principali, in concordanza con la prima ondata, sono state la scelta di apparecchiature radiologiche dedicate, staff e percorsi diagnostici dedicati. La riprogrammazione degli esami non eseguiti durante la prima ondata è risultata difficile e non sempre attuabile. Infine, solo alcuni partecipanti hanno ricevuto supporto psicologico fornito dal proprio datore di lavoro.

Autore per la corrispondenza: Nicolò Marco - Presidio Ospedaliero Spedali Civili di Brescia -
Email: marco.nicolo.20@gmail.com

104. **Analisi dell'impatto economico e sociale della revoca temporanea dei brevetti farmaceutici per le cure delle patologie Long-COVID**

Paladini Molgora Silvio, Damiano Michael, Galbiati Massimo, Bulgheroni Paolo, Tettamanzi Elena
ATS Insubria

BACKGROUND. La pandemia COVID19 ha determinato un incremento dei bisogni sanitari individuali in relazione alle cure e alle modalità di prevenzione, in uno scenario che coinvolge quote rilevanti di popolazione. Una specifica problematica emergente è rappresentata dalla necessità di garantire prestazioni sanitarie appropriate ai soggetti affetti da esiti persistenti della patologia (long COVID), determinando possibili aggravii di spesa aggiuntivi per il sistema sanitario, già stressato da oneri crescenti in relazione al contesto socio-demografico e da un precario equilibrio finanziario pubblico.

OBIETTIVI. Lo studio ha come obiettivo l'analisi dell'opportunità di adottare una sospensione temporanea, previa corresponsione di un corrispettivo forfettario, del riconoscimento economico dei brevetti riguardanti specifici farmaci utilizzati per le cure delle patologie long COVID più significative e impattanti sull'economia dei sistemi sanitari nazionali. La ricerca si propone di valutare l'efficacia di tale soluzione e di condurre un'analisi degli effetti economici e sociali ad essa correlati.

METODI. Si è effettuata un'analisi della letteratura scientifica esistente e lo studio di casi accademici inerenti ai beni comuni, ai brevetti e alla regolamentazione dei mercati farmaceutici. In particolare, si è prestata particolare attenzione al programma COVAX e al recente esempio di rinuncia dei profitti da parte di Pfizer per la vendita di 500 tipologie di medicinali a paesi in via di sviluppo, destinati a una popolazione di 1,2 miliardi di individui. Per la sezione di analisi quantitativa, si sono verificate le principali patologie a lungo termine derivanti dal COVID-19 mediante ricerche su PubMed, nonché dati forniti da Ministero della Salute, ISS, AGENAS e Fondazione Gimbe.

RISULTATI. Da un'analisi regolamentare e normativa, si deriva che la temporanea sospensione della remunerazione dei brevetti dovrebbe essere attuata a livello sovranazionale attraverso l'intervento di istituzioni come l'UE, l'Organizzazione Mondiale del Commercio e l'OMS. La soluzione proposta sarebbe accettata in modo migliore dagli attori farmaceutici e produttivi se fosse fornito un incentivo sotto forma di allungamento eccezionale dei termini di scadenza dei brevetti. In relazione ai farmaci potenzialmente utilizzabili per il controllo e supporto delle patologie long COVID, tale approccio potrebbe risultare utile per una migliore diffusione di pratiche terapeutiche efficaci. In particolare, i risultati suggeriscono che la temporanea sospensione della remunerazione dei brevetti garantirebbe una maggiore e migliore garanzia di accesso alle cure da parte dei cittadini, nonché un sollievo per le finanze pubbliche destinate al finanziamento del SSN, favorendo il contenimento dell'aumento dei costi derivanti da fattori demografici, inflattivi e post-pandemia. Le case farmaceutiche continuerebbero a ricevere le royalties e la remunerazione per le attività di ricerca e sviluppo sostenute in precedenza. La riduzione del costo d'acquisto da parte del SSN potrebbe garantire alle aziende produttrici maggiori economie di scala grazie ad un possibile aumento marginale della domanda out of pocket.

LIMITI. La tematica è complessa e divisiva in quanto riguarda diversi contesti e aspetti etici, economici e normativi. Attualmente i trattati internazionali e la regolamentazione europea e nazionale non contemplano la possibilità di prevedere, anche solo temporaneamente, strumenti normativi come quanto proposto. La volontà, il contributo e l'azione da parte della politica e delle istituzioni è essenziale così come sono necessarie azioni di sensibilizzazione e azioni di lobbying sia verso i cittadini che verso le aziende farmaceutiche e i decisori politici. In tal senso sarebbero necessari maggiori studi e un livello di approfondimento maggiore attraverso delle proiezioni puntuali dei costi e benefici per il bilancio nazionale e per il sistema economico e produttivo farmaceutico, sanitario e generale. Queste ulteriori valutazioni potrebbero fornire una base empirica per un'analisi critica e un dibattito aperto.

CONCLUSIONI. Nel prossimo futuro, le cure a lungo termine per il COVID19 e i relativi impatti sul SSN, così come la problematica della crescente spesa sanitaria, costituiranno sfide di notevole portata. La pandemia da COVID19, insieme alla campagna vaccinale, ha messo in evidenza l'importanza del settore farmaceutico, aprendo dibattiti pubblici su questioni etiche ed economiche riguardanti il ruolo dei brevetti farmaceutici. Pertanto, risulta opportuno riflettere sulla possibilità di un intervento normativo volto a introdurre un meccanismo di sospensione temporanea del riconoscimento economico dei brevetti farmaceutici per alcune patologie. Recenti casi dimostrano che le case farmaceutiche sono disposte a rinunciare a parte dei profitti, e quindi, attraverso opportuni strumenti, è possibile trovare una soluzione vantaggiosa sia per il sistema sanitario pubblico, quindi per i cittadini, che per il sistema farmaceutico.

Autore per la corrispondenza: Paladini Molgora Silvio Junior - ATS dell'Insubria - Email: paladinis@ats-insubria.it

105. Fibrillazione atriale e telenursing: uno studio osservazionale prospettico

Parato Vito Maurizio¹, Guarnieri Francesca¹, Marcelli Stefano², Traini Tiziana², Rocchi Renato³, Soccio Angela¹, Gatti Chiara⁴

¹AST 5, ²Univpm, ³AST 4 Fermo, ⁴AOU delle Marche

BACKGROUND. La fibrillazione atriale è la più comune aritmia cardiaca che affligge circa 600.000 individui in Italia e una delle principali cause al mondo di morbidità cardiovascolare e mortalità (Lip et al., 2016). Essa è caratterizzata da un'attività elettrica irregolare e caotica degli atri che provoca la perdita della funzione meccanica della contrazione atriale (Wijesurendra et al., 2019). Si prevede addirittura che tra le persone di età maggiore di 40 anni, almeno una su quattro potrà presentare nel corso della restante vita un episodio di fibrillazione atriale. Pertanto, è necessaria un'attenta pianificazione, una migliore gestione ed educazione del paziente, al fine di scongiurare riospedalizzazioni evitabili in un Sistema Sanitario già messo duramente alla prova durante il corso della pandemia. È chiaro che una presa in carico "face to face" del paziente cardiopatico da parte dell'equipe medico-infermieristica porterebbe all'instaurazione di una sana relazione terapeutica, ma considerato che il fenomeno dei ricoveri rappresenta un problema globale, a causa di una notevole pressione sulle risorse economiche, è necessario ridurre la distanza tra il paziente e gli operatori. Esistono strategie mirate, come il telenursing, che diminuiscono quella condizione di esclusione, uno status tanto devastante quanto silente (Megna, 2017).

OBIETTIVI. Verificare l'efficacia della valutazione e dell'intervento di telenursing su un gruppo di pazienti con FA, attraverso un follow-up telefonico per un anno.

METODI. Lo studio è di tipo osservazionale prospettico ed è stato svolto presso un Ambulatorio di Cardiologia di un Ospedale dell'ASUR Marche-AV5 nell'agosto 2020. Sono stati arruolati 79 pazienti (39 maschi e 40 femmine) previa acquisizione di consenso informato e precedente autorizzazione della Direzione Sanitaria: solo 38 di questi hanno risposto alla telefonata e 2 di loro sono deceduti. I parametri presi in considerazione per l'inclusione dei pazienti sono stati: sesso, età, tipo di FA, peso, altezza, fattori di rischio per sindrome metabolica, CHA2DS2VASc Score, HAS-BLED Score, terapia anticoagulante, frazione di eiezione ventricolare sinistra (EF), deformazione longitudinale globale del ventricolo sinistro (LV-GLS), volume telesistolico dell'atrio sinistro (LA-ESV), volume telediastolico dell'atrio sinistro (LA EDV), diametro antero-posteriore dell'atrio sinistro (LAD), strain longitudinale dell'atrio sinistro (Peak Atrial Longitudinal Strain - PALS). Gli outcome valutati sono stati: eventuale nuovo episodio di FA, sanguinamento maggiore e/o minore, ricovero cardiologico, cambio di terapia anticoagulante, morte, aderenza terapeutica (attraverso la Morisky Medication Adherence Scale MMSA-8, e qualità della vita (attraverso l'EuroQol-5D). I risultati sono stati analizzati utilizzando il test di Kruskal-Wallis e il test di Wilcoxon-MannWhitney.

RISULTATI. I principali risultati tratti dello studio mostrano che i principali fattori di rischio cardiovascolare possono indistintamente causare tutti e tre i tipi di FA: parossistica, persistente e permanente. La valutazione del maggior diametro dell'atrio sinistro nella forma permanente riproduce quanto finora riportato nella letteratura. Infatti, la forma permanente nasce da un grave rimodellamento dell'atrio sinistro che si presenta in prevalenza come dilatazione. I pazienti con atrio rimodellato hanno una minore incidenza di recidiva di FA non appena entrano nella forma permanente. Per quanto riguarda l'evento "ospedalizzazione" esso è meno frequente nei pazienti che conservano una migliore funzione ventricolare sinistra. Ciò a confermare che una delle cause più frequenti di ricovero per questi pazienti è proprio lo scompenso cardiaco. La FA è spesso associata a questa patologia e il rischio è la morte improvvisa. Ora, invece, grazie ad una diagnosi precoce, alle terapie farmacologiche e non, ai nuovi dispositivi impiantati attraverso interventi mini-invasivi, la sopravvivenza dei pazienti scompensati affetti anche da FA è aumentata del 70-80%. Il contributo infermieristico può essere cruciale per questi pazienti.

LIMITI. Il principale limite dello studio è rappresentato dal disegno monocentrico che pone dei limiti alla validità esterna.

CONCLUSIONI. Negli ospedali del Nord Europa e degli USA sono già da molti anni implementate le "Nurse-Led Clinics", cliniche gestite esclusivamente da infermieri in grado di valutare, curare o essere consultate e, se richiesto, inviare il paziente cardiopatico ad altri specialisti, quali Cardiologo, Aritmologo, Cardiochirurgo. Al di fuori delle ricadute di FA, l'assistenza infermieristica per questo tipo di pazienti può essere educativa e comportare un addestramento anche solo alla rilevazione del polso, che deve essere almeno settimanale per ricercare forme asintomatiche di FA. Grazie a questo nuovo modello organizzativo, si sono ottenuti miglioramenti nell'esito e nella soddisfazione del paziente, nonché una notevole riduzione dei ricoveri impropri e dei costi sanitari.

Autore per la corrispondenza: Gatti Chiara Gatti - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Email: chiara.gatti2019@gmail.com

106. L'automazione della logistica ospedaliera del farmaco come strumento di riduzione del time consuming e ricollocamento delle risorse umane su attività a "valore aggiunto".

Pardossi Stefania, Pennone Evelyn, Carcieri Chiara, Bosio Agnese, Marengo Chiara, Vitale Arianna, Azzolina Maria Carmen, Dall'acqua Maurizio Gaspare, Gasco Annalisa

A.O. Ordine Mauriziano di Torino

BACKGROUND. La World Health Organization (WHO) stima un deficit di 10 milioni di operatori sanitari entro il 2030. La letteratura dimostra come la gestione delle risorse umane sia uno strumento di governo clinico strategico e come carenza di organico e carichi di lavoro eccessivi impattino pesantemente sui rischi cui vengono esposti i pazienti. L'innovazione tecnologica rappresenta un'opportunità per lo sviluppo di una nuova cultura professionale in grado di sovvertire i vecchi schemi organizzativo-assistenziali e rispondere all'attuale aumento di domanda di salute nell'attuale scenario di aumento dell'inflazione e di crisi economica globale. Tuttavia lo sviluppo di innovazioni in sanità necessita di approfondite valutazioni di appropriatezza a garanzia della sicurezza e dell'efficienza dei servizi offerti ai pazienti, della corretta allocazione delle risorse disponibili e della valorizzazione professionale del personale coinvolto. In questa ottica, presso l'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino, è stato sperimentato, come prima esperienza insourcing su territorio regionale, un sistema tecnologicamente avanzato ed innovativo di automazione della logistica del farmaco, un Automated Pharmacy Warehouse (APW), per testarne la funzionalità nel rispondere alle esigenze descritte.

OBIETTIVI. Obiettivo principale: -Valutare l'impatto di un innovativo APW in termini organizzativi ed economici. Obiettivi secondari: -Aumentare l'efficienza del processo logistico del medicinale; -Migliorare la sicurezza del processo logistico del medicinale (Risk Management); -Promuovere la sostenibilità del processo logistico del medicinale.

METODI. Nel 2019 la SC. Farmacia Ospedaliera dell'A.O. Ordine Mauriziano ha aderito al progetto LIFEMED (Logistica Integrata del Farmaco e dei Dispositivi Medici), installando sperimentalmente un APW presso il magazzino farmaceutico. È stato istituito un Gruppo di Progetto multidisciplinare, composto da figure afferenti a 6 differenti aree di competenza (Farmacia, Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero, Tecnico, Ingegneria Clinica, Provveditorato, Sistemi Informativi e Controllo di Gestione). In fase progettuale è stato previsto il monitoraggio di 19 indicatori specifici. Le analisi sono state svolte in collaborazione con ingegneri logistici del Politecnico di Torino, pubblicate come tesi di laurea. Le elaborazioni sono state effettuate attraverso il software gestionale del sistema robotico (GPI) informaticamente integrato con il software aziendale (Babele).

RISULTATI. -Riduzione del tempo medio di allestimento di ciascun basket di approvvigionamento per i reparti da 35 a 9,5 minuti; - Riduzione da 16 ore ad operazioni just in time per l'esecuzione di inventari completi con conseguente possibilità di aumento della frequenza annuale; -Riduzione del tempo medio per la generazione delle proposte d'ordine attraverso elaborazione dei sottoscorta: da 1-2 giorni ad operazione just-in-time; -Abbattimento dei ritardi nelle consegne dei farmaci ai reparti ed azzeramento degli errori di referenza dispensate; -Riduzione del time consuming per gli operatori coinvolti; -Riduzione del numero di operatori coinvolti nel processo pari a 6 unità (1 farmacista ospedaliero e 5 operatori di magazzino) con conseguente riallocazione di un valore pari a 277.116€/anno; -Miglioramento della qualità dell'ambiente di lavoro: l'automazione consente di sollevare il personale dalle attività usuranti e ripetitive ed a tutti gli operatori di dedicarsi ad attività a "valore aggiunto"; -Riallocazione degli operatori di magazzino a supporto dei farmacisti clinici operanti nei reparti per la gestione degli armadi di reparto; -Potenziamento delle attività bed-side del farmacista clinico a beneficio di clinici, infermieri e pazienti.

LIMITI. La variabilità della curva di apprendimento degli operatori, la resistenza al cambiamento e la scarsa consapevolezza della valorizzazione dell'investimento iniziale rappresentano i limiti dell'attuazione trasversale dell'innovazione sperimentata. Nella sperimentazione condotta la capienza robotica consentiva la gestione di circa il 70% delle referenze necessarie per il fabbisogno dei pazienti ricoverati conducendo ad una sottostima della valorizzazione economica dell'impatto finale.

CONCLUSIONI. L'innovazione tecnologica applicata alla logistica del farmaco modifica l'assetto organizzativo assistenziale all'interno di un'Azienda Ospedaliera. Il focus degli operatori si sposta sul paziente e potenzia lo sviluppo di approcci olistici dell'assistenza sanitaria promuovendo una governance del farmaco più efficace perché attuata in un contesto multidisciplinare. L'accountability degli operatori e la valorizzazione di professionalità e competenze sono strumenti a tutela della salute dei pazienti e della fruizione globale e capillare delle cure.

Autore per la corrispondenza: Carcieri Chiara - Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino -
Email: ccarcieri@mauriziano.it

107. Burocrazia VS centralità del paziente: gli impedimenti delle attività del caring infermieristico.

Parziale Claudia¹, Toracchio Vanessa², Gatti Chiara³, Rochi Renato⁴, Parato Vito Maurizio⁵, Soccio Angela⁵, Boni Mariavirginia⁵, Rasetti Carlo⁵, Marcelli Stefano⁵

¹AST 5 Ascoli Piceno, ²S. Spirito di Sassia Roma, ³Ospedali Riuniti Torrette, ⁴AST 4 Fermo, ⁵AST 5 Ascoli Piceno

BACKGROUND. L'eccessivo onere di "pratiche amministrative" all'interno dei sistemi sanitari è oggetto di analisi di ricercatori che hanno confermato l'impatto negativo sul benessere degli operatori sanitari. Negli ultimi anni le valutazioni dello stress lavoro correlato hanno fornito importanti manifestazioni di interesse confermando in larga scala, livelli elevati di affaticamento emotivo dei professionisti della salute, dove il tempo necessario per le attività di presa in carico viene costantemente ostacolato per compensare tale attività. Lo stress colpisce un lavoratore su 4, come confermato dai dati della quinta "European Working Conditions Survey" dove le cosiddette "scartoffie" assumono diversi significati che si collocano comunque all'interno della complessità organizzativa, come attestare, redigere e compilare dove la mole documentale nella sua quasi totalità caratterizza quel tempo "rubato" alle attività di Caring. Esperti di settore hanno messo in evidenza che l'incremento dei compiti amministrativi, aumenta la percezione del carico assistenziale senza gratificazione professionale, con conseguente incremento della disaffezione al lavoro con un consequenziale aumento del rischio di burnout.

OBIETTIVI. Apprendere ed indagare come le variabili di disturbo come l'impegno dedicato ai compiti amministrativi possa influire sulle performance assistenziali orientate alla centralità dei bisogni sanitari dei singoli pazienti.

METODI. Lo studio in oggetto è stato condotto presso le tre UOC di Medicina Interna del Presidio Ospedaliero Santo Spirito di Roma nell'arco temporale giugno – settembre 2022, arruolando su base volontaria 35 infermieri di cui 24 femmine e 11 maschi, con età compresa tra i 25 e 54 anni, con un'attività lavorativa media presso l'area medica di 5 anni. L'indagine è stata condotta attraverso il Nursing Stress Scale, introdotta da Gray e Anderson per la prima volta nel 1981 e validata successivamente dall'OMS e per completare l'indagine conoscitiva sono state inserite due domande aperte come il tempo impiegato in modo inopportuno e quali attività a cui si vorrebbe dedicare più attenzione.

RISULTATI. La maggior parte dei professionisti hanno manifestato una costante pressione a causa dell'eccessivo carico di lavoro "burocratico", dove gli item rappresentativi di fonti di stress sono stati contestualizzati nelle seguenti attività: troppi compiti non infermieristici richiesti non consoni alle proprie aree di competenza, non abbastanza tempo per fornire supporto emotivo ai pazienti e l'impossibilità di completare tutte le attività assistenziali al fine di garantire la sicurezza delle cure. Inoltre sono state evidenziate altre criticità relative come l'incertezza relativa al funzionamento dei dispositivi medici, le frequenti interruzioni, la mancanza di opportunità di parlare apertamente con altri membri dell'equipe e il timore concreto di poter commettere errori durante le attività assistenziali. Relativamente alle domande aperte il 95% degli operatori ha dichiarato che le incombenze burocratiche rappresentano la principale fonte di impedimento durante la presa in carico degli utenti e rispetto alle attività a cui si vorrebbe dedicare più tempo, l'80% ha indicato come attività mancanti quelle riguardanti il contatto con l'assistito e l'impossibilità di svolgere attività programmate di briefing.

LIMITI. Lo strumento utilizzato per la raccolta dati può presentare un certo grado di soggettività dato dal professionista al momento della compilazione del questionario.

CONCLUSIONI. I dati emersi dallo studio destano preoccupazione e molte caratteristiche della presa in carico per la cura hanno il potenziale di essere stressanti. Il fattore umano rappresenta un elemento primario nei processi di produzione ed erogazione di prestazioni sanitarie capace di influenzare in modo o nell'altro il risultato finale. La nocività burocratica rappresenta un elemento di disturbo che quotidianamente mette a rischio i processi assistenziali e per adempiere al proprio ruolo è necessario che gli operatori siano soddisfatti e motivati all'interno delle organizzazioni in cui operano. Per favorire l'instaurazione di una buona salute organizzativa la direzione strategica aziendale deve preoccuparsi di predisporre degli ambienti confortevoli e sicuri garantendo spazi decisionali più ampi, trovando strategie di miglioramento per sopperire alla grande criticità rappresentata dalla gestione dei cosiddetti "incartamenti".

Autore per la corrispondenza: Toracchio Vanessa - ASL Roma 1 - Email: vanessatoracchio@gmail.com

108. Soddisfazione dei pazienti affetti da sclerosi multipla rispetto ai trattamenti farmacologici, studio trasversale multicentrico.

¹Pastore Francesco, ²Simonetti Valentina, ³Locorotondo Teresiana, ⁴Tomietto Marco, ⁵Galli Francesco, ⁶Cicolini Giancarlo, ⁵Comparcini Dania

¹Università degli studi di Roma Torvergata, ²LUM "Giuseppe Degennaro", ³Casa di Cura Monte Imperatore di Noci (BA), ⁴Northumbria University, Newcastle upon Tyne (UK), ⁵Univpm, ⁶Università degli studi di Bari "Aldo Moro"

BACKGROUND. La soddisfazione del paziente affetto da sclerosi multipla (SM) per i trattamenti farmacologici sembra avere un impatto importante sui comportamenti correlati al trattamento, come la probabilità di continuare a usare i farmaci, di usarli correttamente e di attenersi ai regimi terapeutici. Spesso l'insoddisfazione per il farmaco è una delle cause principali che determinano la sospensione del trattamento e il passaggio ad altri farmaci, generando costi importanti e imprevedibili che ricadono sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Sebbene esistano diverse strategie migliorare l'aderenza ai trattamenti nei pazienti affetti da SM, pochi studi hanno valutato quanto l'impatto dell'assistenza fornita dagli infermieri influisca sulla soddisfazione rispetto ai trattamenti terapeutici prescritti.

OBIETTIVI. Misurare il livello di soddisfazione dei pazienti affetti da SM in riferimento ai trattamenti farmacologici effettuati.

METODI. È stato condotto uno studio trasversale multicentrico, dal 01/06/2022 al 13/07/2022, in un campione di 185 pazienti affetti da SM. Per la raccolta dei dati è stato utilizzato il questionario di soddisfazione per il trattamento farmacologico (Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication -TSQM) versione 1.4, composto da 14 item, suddivisi in quattro domini: effetti collaterali, efficacia, convenienza e soddisfazione globale. Inoltre, sono stati raccolti i dati sociodemografici dei pazienti, e informazioni su: trattamenti farmacologici in atto, ruolo e supporto educativo fornito dell'infermiere nella gestione delle problematiche connesse al farmaco. Sono state condotte analisi statistiche descrittive e inferenziali per esplorare la correlazione tra farmaco assunto e soddisfazione del paziente. I farmaci sono stati codificati in due categorie: (I) alta efficacia orale/iniettivi, (II) bassa efficacia orale/iniettivi. È stato utilizzato il software IBM Corporation 2014, ponendo il livello di significatività statistica pari al 5%.

RISULTATI. L'età media dei pazienti è di 42 anni, in prevalenza affetti dalla variante recidivante remittente (81.6%; n=151), di genere femminile (84%; n=155) e in possesso del diploma di maturità (49%; n=90). I farmaci più utilizzati sono i farmaci ad alta efficacia iniettabili (44.3%; n=82), seguiti dai farmaci a bassa efficacia orale (22.7%; n=42). I partecipanti hanno dichiarato di essere mediamente soddisfatti dei tempi di azione dei farmaci (52%; n=97), della loro capacità di lenire il problema (44%; n=82) e di alleviare i sintomi (41%; n=76). Il 50%(n=92) dichiara di avere avuto effetti collaterali, e che questi interferiscono poco (34.6%; n=64) con la salute fisica e la capacità di svolgere le attività quotidiane. Mediamente i pazienti sono "abbastanza sicuri" (40.5%; n=75) che il farmaco sia di giovamento e che i vantaggi superino gli svantaggi (42.2%; n=78), dichiarando di essere "abbastanza soddisfatti" nel complesso, del farmaco assunto (28.1%; n=52). I pazienti hanno dichiarato di non rivolgersi mai agli infermieri per richiedere informazioni sul farmaco assunto (36.8%; n=68) e mai (28.1%; n=52) e quasi mai (21.6%; n=40) per la gestione degli eventi avversi. La preparazione degli infermieri nella gestione delle problematiche legate al farmaco viene giudicata sufficiente (70.8%; n=131); gli infermieri inoltre hanno dimostrato attenzione a questi aspetti nel 70.8% dei casi (n=131). Il tempo che gli infermieri dedicano ai pazienti per la gestione delle problematiche legate al farmaco è sufficiente nel 76.8% dei casi (n=142). I farmaci iniettabili si associano a una maggiore percentuale di soddisfazione (21% vs 13% generale), mentre, quelli orali, a una maggior percentuale di insoddisfazione (7% vs 4% generale) (p=0.026).

LIMITI. I principali limiti dello studio riguardano la ridotta numerosità campionaria e l'eterogeneità dei centri partecipanti allo studio, e questo potrebbe influire sulla generalizzabilità dei risultati.

CONCLUSIONI. I pazienti affetti da SM evidenziano un'ottima soddisfazione generale per i farmaci che assumono in formulazioni iniettive, e una bassa soddisfazione per i farmaci orali. Per quanto riguarda il ruolo dell'infermiere nella gestione di eventuali criticità correlate ai trattamenti farmacologici, e nonostante i pazienti riconoscano agli infermieri buone competenze rispetto questo specifico aspetto assistenziale, raramente si rivolgono a loro per richiedere informazioni o per la gestione di eventi avversi.

Autore per la corrispondenza: Pastore Francesco - Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Consorziiale di Bari - Email: francesco.pastore@uniba.it

109. Empowerment in sanità: presentazione dell'approccio in un Servizio di Igiene e Sanità Pubblica

Perna Rossella, Cherchi Laura, Bulgheroni Paolo
ATS Insubria

BACKGROUND. L'empowerment dei professionisti sanitari può essere inteso come un processo attraverso il quale gli individui che fanno parte di una medesima organizzazione sviluppano competenza sul proprio vissuto professionale contribuendo in questo modo ad un cambiamento positivo del proprio ambiente sociale per migliorare la qualità operativa della struttura di appartenenza. Sulla base dei cambiamenti in atto nelle organizzazioni sanitarie e in relazione alla attuale fase postemergenziale, è utile valutare i bisogni degli operatori sanitari in una logica di empowerment per orientare le scelte della leadership ed elevare l'efficienza dei processi sanitari, focalizzando in particolare l'attenzione sul sistema relazionale e organizzativo. In tale prospettiva, appare essenziale conoscere le opinioni di ciascun componente dell'organizzazione in modo da favorire in essi una maggiore padronanza nella gestione dell'attività e consentire loro un ruolo attivo e positivo nella quotidianità lavorativa.

OBIETTIVI. Scopo del lavoro è di indagare il livello di empowerment degli operatori di un Servizio di Igiene e Sanità Pubblica per disporre di informazioni sul grado di soddisfazione degli operatori della struttura, intercettando le aree di criticità emergenti fra i professionisti sanitari oggetto della valutazione. Fra gli obiettivi strategici, si evidenziano quelli di garantire il buon uso delle risorse assegnate alla struttura e promuovere un adeguato livello di efficienza, con specifico riferimento alla efficienza organizzativa, attraverso la promozione della soddisfazione e del senso di appartenenza degli operatori.

METODI. È stato somministrato, in forma anonima, uno specifico questionario dopo avere illustrato agli operatori lo scopo dell'indagine al fine di ottimizzare la partecipazione dei professionisti. Il questionario utilizzato è composto da item organizzati in diverse aree di indagine che esplorano aspetti della vita lavorativa dei professionisti ritenuti particolarmente significativi (comfort, aggiornamento, informazione, esercizio attività lavorativa, soddisfazione, riconoscimento attività, identificazione, relazioni, malessere).

RISULTATI. Il numero complessivo degli operatori costituenti il campione testato è risultato essere di 31 unità (Tecnici della Prevenzione e Dirigenti medici). Nella grande maggioranza si è trattato di operatori con una anzianità di servizio di oltre 30 anni. Le valutazioni condotte hanno permesso di focalizzare l'attenzione sul clima interno della struttura, facendo emergere risultati interessanti rispetto al bisogno di miglioramento ed incremento del benessere organizzativo. In particolare, emerge la necessità, in forme variabili, di assicurare un ambiente di lavoro confortevole, di rimodulare le forme di aggiornamento, di migliorare le informazioni, di sviluppare il senso di soddisfazione nelle attività lavorative favorendo la crescita professionale, di incentivare le relazioni, di assicurare la valorizzazione delle competenze e degli apporti dei singoli, di superare le condizioni di malessere migliorando i rapporti e stimolando la realizzazione individuale. Complessivamente, gli operatori intervistati si sono dimostrati in possesso di un senso di appartenenza alla realtà nella quale prestano attività lavorativa, ma allo stesso tempo con l'interesse di voler evidenziare le criticità dell'organizzazione stessa. La condivisione con gli operatori dei risultati dello studio rappresenta una fase essenziale per incrementare il livello di empowerment, allo scopo di promuovere una positiva alleanza fra le risorse umane a disposizione e la struttura di appartenenza, incrementando altresì il senso di fiducia e di attaccamento.

LIMITI. I risultati della presente survey potrebbero essere influenzati da un periodo storico che ha visto i professionisti sanitari come operatori fortemente impegnati nella gestione dell'emergenza Covid-19; periodo estremamente complesso, che ha determinato uno stress organizzativo notevole sulla struttura di appartenenza. Appaiono necessari, in diversi ambiti esplorati, interventi organizzativi orientati a migliorare le criticità rilevate. L'indagine condotta può rappresentare l'avvio di un percorso condiviso caratterizzato da ulteriori approfondimenti e portare alla messa in atto di adeguate azioni correttive e piani di miglioramento.

CONCLUSIONI. La valutazione del grado di soddisfazione degli operatori rappresenta un utile strumento a disposizione del management per attuare miglioramenti in una logica di responsabilizzazione individuale e di condivisione degli obiettivi, e rappresenta una possibilità di crescita per la stessa leadership. In relazione al cambiamento in corso a livello dell'area sanitaria territoriale e alla progressiva riorganizzazione delle attività dopo la fase emergenziale, l'efficientamento dell'impiego delle risorse e la loro adeguata valorizzazione in una logica di empowerment rappresentano aspetti essenziali per lo sviluppo complessivo del sistema.

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

110. Promuovere un'assistenza sanitaria ad elevato *value*: learning in hospitalization organization & management

Petracca Giovanni
ASP Catanzaro

BACKGROUND. Riguardo il contesto nel quale dobbiamo agire, non è sufficiente quello sanitario vero e proprio, ma è fondamentale partire dal Corso di Laurea in Medicina e da quelli per le Professioni Sanitarie, che preparano i futuri operatori sanitari. Si potrebbe istituire un corso di insegnamento universitario di Management dei Ricoveri Ospedalieri che possa supplire ad una carenza formativa indubbiamente presente in materia ed organizzare corsi di aggiornamento ECM per il personale sanitario in servizio. La Sanità è attualmente in crisi, poiché, con le limitate risorse di cui disponiamo, è sempre più difficile rispondere alla richiesta di salute da parte dei cittadini, soprattutto di quelli meno abbienti, che va comunque garantita. È necessario far quadrare i conti ma non a discapito degli italiani e del loro diritto alla salute. Appropriately, efficienza ed efficacia sono i termini più usati per rispondere ai bisogni sanitari. I protagonisti del cambiamento in sanità sono i medici, i quali, dopo una corretta formazione e tramite una migliore gestione dei mezzi a loro disposizione, devono essere pronti a tutelare i pazienti anche in un momento in cui la parola d'ordine è "risparmio".

OBIETTIVI. Fornire competenze specifiche inerenti la conoscenza della corretta gestione di un ricovero ospedaliero e di come si deve utilizzare l'ICD, con specifica attenzione alle modalità di approccio ad un corretto trattamento di un paziente nel setting assistenziale appropriato. Fornire gli strumenti teorici e normativi per una completa e corretta compilazione ed una maggiore qualità ed accuratezza della cartella clinica tramite un'attenta analisi dei requisiti della documentazione sanitaria e per una completa e corretta codifica della SDO per meglio comprendere il sistema DRG. Far acquisire la capacità di gestire in modo corretto un ricovero ospedaliero sia in una struttura pubblica che privata accreditata, conseguendo ottimi risultati sia con riferimento ad un'assistenza ospedaliera appropriata che nell'ottica dell'economicità, seguendo standard di efficienza ed efficacia. Come ribadito da Howard Brody sul NEJM nel maggio 2012, si dovrà passare da un'etica del razionamento ad un'etica che eviti lo spreco di risorse.

METODI. Piano didattico: • La riforma del Sistema Sanitario Nazionale con cenni di economia sanitaria • Appropriately in sanità • Il ricovero ospedaliero • Monitoraggio e controllo dell'attività di ricovero • La cartella clinica • La documentazione sanitaria • La Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO): compilazione e codifica • Analisi degli aspetti medico legali • Il sistema DRG • Applicazioni pratiche Naturalmente il piano didattico del Corso è generale e va formulato in maniera più specifica a seconda dei soggetti destinatari: studenti (preferibilmente dell'ultimo anno) e specializzandi o personale sanitario già in possesso del titolo e dipendente del SSN o di strutture private accreditate.

RISULTATI. • Miglioramento di appropriately, efficacia, efficienza, equità e sicurezza in sanità con ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali • Maggiore qualità dell'assistenza sanitaria con una migliore sostenibilità • Erogazione di servizi e prestazioni dall'elevato *value*, limitando gli sprechi • Un adeguato sviluppo professionale che permette una migliore valutazione delle competenze; • Avere, con una maggiore conoscenza di queste tematiche, meno contenziosi legali con la conseguenza che, la cosiddetta medicina difensiva, influirà sempre di meno sul comportamento dei medici.

LIMITI. Nessuno, poiché tutto è a vantaggio di una sanità migliore.

CONCLUSIONI. Il personale sanitario sarà sempre più motivato nel realizzare il principio costituzionale del diritto alla salute per tutti, pur con minori disponibilità finanziarie che, se utilizzate nel modo giusto, riusciranno a far fronte ad un bisogno sanitario sempre crescente.

Autore per la corrispondenza: Petracca Giovanni – ASP Catanzaro - Email: pegis@tin.it

111. Covid-19 come fattore predisponente per il diabete mellito? Uno studio retrospettivo

Piersanti Manuela, Traini Tiziana

Univpm

BACKGROUND. Il diabete mellito è una patologia metabolica cronica caratterizzata da un aumento della concentrazione di glucosio nel sangue, secondaria ad un difetto assoluto o relativo di insulina, ormone secreto dalle isole di Langerhans del pancreas. Il diabete mellito è tra la più frequente comorbidità riportata nei pazienti affetti da malattia da Coronavirus: infatti, si tratta anche del fattore di rischio più comune per lo sviluppo di un'infezione grave e per l'alto tasso di mortalità. Per i pazienti affetti da covid-19 con storia di diabete in anamnesi, spesso, si rende necessario il ricovero in Terapia Intensiva e l'utilizzo di ventilazione meccanica per il supporto della funzionalità respiratoria e ventilatoria.

OBIETTIVI. Verificare l'incidenza di iperglicemia/diabete post-Covid nei pazienti con infezione da SARS-COV-2 e, quindi, verificare se l'infezione possa essere un fattore predisponente per il diabete mellito.

METODI. Studio Osservazionale retrospettivo monocentrico mediante revisione delle cartelle cliniche dei degenti affetti da infezioni da Sars-Cov-2, dell'U.O. Pneumologia-Covid dello S.O. "C.&G. Mazzoni" di Ascoli Piceno, dal 20/10/2020 al 14/06/2021. Questo intervallo di tempo che coincide con la trasformazione dell'UO Pneumologia dello Stabilimento Ospedaliero "C. & G. Mazzoni" di Ascoli Piceno, in reparto COVID, è stato considerato come periodo valido per lo studio. Sono state incluse 186 cartelle cliniche, non sono state considerate 71 cartelle. Per effettuare l'analisi dei dati sono stati presi in considerazione diverse variabili, quali età, sesso, tempo di degenza, giornata di positività al ricovero, presenza di ipertensione, cardiopatie e/o altre patologie, terapia domiciliare, terapia effettuata durante la degenza in reparto, giornata di insorgenza dell'iperglicemia e, infine, eventuale terapia insulinica.

RISULTATI. Dallo studio retrospettivo effettuato, emerge che oltre il 50% dei degenti presso l'U.O.C. Pneumologia-Covid dello S.O. "C.&G. Mazzoni" di Ascoli Piceno ha sviluppato un'iperglicemia successiva all'infezione: trattasi tipicamente di pazienti con un'età media di 68 anni, sia uomini che donne, e per il 77,6% (n=45) con altre patologie in anamnesi. Osservando i valori della glicemia registrata durante la degenza e prendendo in considerazione gli individui di sesso maschile (n=110), il 52,7% (n=58) di essi ha mostrato insorgenza di iperglicemia post-Covid, contro il 51,3% (n=39) di soggetti di sesso femminile. L'età media dei soggetti che hanno sviluppato iperglicemia durante la degenza nel reparto, è, in entrambi i sessi, di 68 anni; tuttavia, nei maschi l'indice di dispersione è 11,65, contro il 12,98 nelle femmine. Successivamente all'analisi dei dati, in tal senso, non troviamo differenza di genere. analizzando la varianza della giornata di insorgenza del picco glicemico, tra i due campioni non emergono particolari differenze: la media nel campione maschile equivale alla 7ª giornata (Dev. St. 4,15), mentre la media del campione femminile equivale alla 9ª giornata (Dev. St. 4,86). Anche la mediana negli uomini è la 7ª giornata e nelle donne equivale alla 9ª giornata, mentre la moda della giornata di insorgenza del picco glicemico è, in entrambe le classi del campione, 9ª giornata. In questo caso, emerge che, mediamente i soggetti di sesso maschile sviluppano il picco glicemico due giorni prima della classe relativa al sesso femminile. Il 47% (n=89) dei pazienti coinvolti, non ha sviluppato iperglicemia durante la degenza. Tuttavia, il monitoraggio glicemico è stato effettuato a tutti i degenti. Correlando i giorni di degenza media, alla presenza o meno di iperglicemia, emerge che il campione che non ha avuto insorgenza di iperglicemia (n=52 Uomini; n=37 Donne), registra una degenza media di 10,29 giorni, contro il campione con iperglicemia (n=58 Uomini; n=39 Donne), per cui si stima una degenza media di 11,14 giorni.

LIMITI. I pazienti con infezione da Sars-Cov-2, nel momento in cui fanno ingresso nell'U.O.C. di Pneumologia-Covid, presentano già nel momento del ricovero una forma ingravescente di malattia da Covid-19. Pertanto, spesso trattasi di pazienti con altre patologie e comorbidità: tra le più frequenti l'obesità, la quale predispone già di per sé al diabete. La terapia effettuata nella malattia da Covid-19, soprattutto quella con Corticosteroidi, i quali hanno un effetto iperglicemizzante e, quindi, possono indurre iperglicemia.

CONCLUSIONI. Il diabete mellito è il fattore sfavorevole più ricorrente nei pazienti affetti da Covid-19 con comorbidità. Tuttavia, può svilupparsi anche durante il periodo di degenza a seguito dell'infezione vera e propria e della reazione infiammatoria che il virus mette in atto. Nei prossimi anni, il SSN dovrà occuparsi anche del monitoraggio continuo della glicemia anche in questa tipologia di pazienti ed organizzare particolari programmi di screening, qualora il diabete non sia stato diagnosticato durante la degenza o nel follow-up aprendo ad ulteriori approfondimenti di gestione clinica.

Autore per la corrispondenza: Traini Tiziana - Corso di Laurea Triennale in Infermieristica - Sede di Ascoli Piceno - Email: t.traini@univpm.it

112. Modello interprofessionale di valutazione, accesso e presa in carico di pazienti assistibili all'interno dell'Ospedale di Comunità di Scandiano, Reggio Emilia: progetto di implementazione

Pignatti Fabio¹, Costantini Luigi², Valle Davide², Ferrari Ilaria², Gazzaneo Gabriele², Lavecchia Vincenzo¹, Marazzi Pier Luca², Greci Marina¹, Ferri Marco¹

¹Azienda USL di Reggio Emilia, ²Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

BACKGROUND. La complessità sanitaria, assistenziale e ambientale ha un impatto decisivo nella presa in carico dei pazienti cronici che si trovano spesso a ricorrere impropriamente a servizi ospedalieri o a re-ricoveri precoci (revolving door). Queste situazioni sono potenzialmente prevenibili attraverso rafforzando le cure intermedie come nodo dell'assistenza. L'Ospedale di Comunità (OdC) è riconosciuto come modello per ricoveri di breve durata di pazienti cronici e anziani provenienti dal domicilio o dall'ospedale. Tuttavia la flessibilità di tale struttura rende necessario governare l'afflusso dei pazienti in ingresso per garantire l'equità e l'appropriatezza nell'utilizzo del servizio. Il modello di accesso e presa in carico qui descritto si riferisce all'implementazione di un Ospedale di Comunità nel contesto della preesistente struttura ospedaliera del Distretto di Scandiano

OBIETTIVI. Sviluppare una procedura di presa in carico in OdC per pazienti cronici provenienti dal domicilio e dai reparti ospedalieri; favorire la digitalizzazione del processo di presa in carico del paziente tra ospedale e territorio; elaborare un modello replicabile in altri contesti.

METODI. Nel corso dell'anno precedente l'apertura è stato costituito un tavolo di lavoro che ha riunito i principali portatori d'interesse aziendali e accademici del progetto. È stata elaborata una prima bozza di progetto sulla base delle indicazioni regionali. Successivamente, sono stati formati gruppi di lavoro che hanno curato singoli aspetti del progetto in modo indipendente e integrato. Il servizio informatico aziendale ha elaborato una proposta di cartella clinica integrata informatizzata. I referenti di area medica hanno elaborato la procedura di accesso e il modello di presa in carico. Un'équipe multidisciplinare ha approfondito i criteri di accesso e i metodi di valutazione multidimensionale all'ingresso. I referenti di area infermieristica hanno sviluppato le procedure assistenziali interne e la formazione del personale. Gli elementi emersi sono stati discussi e integrati nel progetto, che è stato sottoposto ad approvazione dopo ulteriori revisioni ed emendamenti.

RISULTATI. È stato sviluppato un modello di accesso all'OdC basato sull'azione integrata di quattro attori: 1. il Proponente, 2. l'Accoglienza, 3. l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD); 4. l'Accettazione. Il Proponente territoriale, nella figura del Medico di Medicina Generale (MMG), del Medico o Case Manager di Reparto o del Punto Unico di Assistenza Socio-Sanitario (PUASS) ha il compito di proporre l'ingresso di un suo assistito tramite un modulo informatizzato contenente dati anagrafici e clinici, la motivazione della proposta e il rispetto di condizioni di appropriatezza. L'Accoglienza, costituita da Medico di Comunità e Cure Primarie (MCCP), Case Manager e Assistente Sociale valutano le segnalazioni secondo i criteri di inclusione ed esclusione, comunicando il rifiuto delle richieste inappropriate e rinviandole opportunamente a servizi competenti. L'UVMD, costituita da Medico, Infermiere e Assistente Sociale, valuta i pazienti che rispettano i criteri definendo un obiettivo generale e una stima della durata prevedibile della permanenza, e registra tali informazioni in una Scheda opportunamente costruita. L'Accettazione, formata dal coordinatore infermieristico e dai suoi delegati, assolve all'organizzazione pratica dell'ingresso in (OdC) (ricovero). Il flusso dei dati, dalla segnalazione dell'assistito all'apertura della cartella clinica, è interamente informatizzato senza soluzione di continuità grazie alla predisposizione di un'infrastruttura basata sui software aziendali di presa in carico e gestione clinica visibili anche dal MMG. L'organizzazione dell'attività assistenziale è fondata sul modello biopsicosociale della salute. La Classificazione Internazionale della Salute, del Funzionamento e della Disabilità (ICF) è stata scelta come riferimento per la valutazione integrata multiprofessionale, nella forma di un Core Set integrato nella cartella clinica integrata informatizzata. Il Piano Assistenziale Individuale (PAI), concepito come strumento dinamico e iterativo, è lo strumento di équipe designato per rispondere ai bisogni dell'assistito con obiettivi e interventi che saranno rivalutati individualmente a sei e dodici mesi dal ricovero.

LIMITI. Il modello descritto verrà sottoposto ad audit clinico che ne farà emergere le criticità. La formazione dei professionisti, la corretta comunicazione con i cittadini e l'ottimizzazione delle diverse fasi saranno elementi chiave per il buon funzionamento del servizio.

CONCLUSIONI. L'apertura dell'OdC permette di sperimentare un modello di lavoro in team basato sul modello ICF. Grazie a opportuni indicatori di esito sarà misurato l'impatto del ricovero in OdC sulla salute globale del paziente e sul ricorso ai servizi sanitari per acuti.

Autore per la corrispondenza: Costantini Luigi - Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Email: costantini.luigi@gmail.com

113. Formazione in Farmacovigilanza in Neuropsichiatria Infantile (NPI) e risultati

Regnicoli Februa , Monti Guarnieri Nicoletta, Garzone Angela Maria Felicita, Cesaroni Elisabetta, Siliquini Sabrina, Pasquini Angelica, Donno Maria Giorgia, Veroli Cristiana, Di Emanuele Anastasia, Ventura Chiara
Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche

BACKGROUND. La segnalazione spontanea degli effetti indesiderati relativi all'uso di farmaci è importante e necessaria in tema di farmacovigilanza, in quanto consente di rilevare potenziali segnali di allarme relativi all'uso di tutti i farmaci disponibili sul territorio nazionale. Il fenomeno della sottosegnalazione rappresenta la principale problematica della farmacovigilanza poichè la segnalazione delle ADR è vissuta dai professionisti come obbligo ma che causa perdita di tempo. Dall'anno 2017, la NPI dell'Ospedale Pediatrico Salesi di Ancona ha intrapreso un percorso di formazione continua sulla farmacovigilanza in collaborazione con la Farmacia.

OBIETTIVI. Favorire la sensibilizzazione dei professionisti sanitari nell'intercettare le reazioni avverse da farmaci in NPI e segnalarle tramite modulo AIFA al fine di aumentare la sicurezza nell'utilizzo dei farmaci facendo particolare attenzione all'utilizzo off-label

METODI. Informazione tramite riunioni e seguente formazione periodica strutturata per sensibilizzazione medici infermieri e pazienti, comunicazione capillare della necessità di segnalare reazione avversa da farmaco (ADR) in riunioni col personale sanitario e corsi di formazione. Alla notizia di una probabile reazione avversa, il medico o infermiere allerta il farmacista ed inizia a raccogliere informazioni sull'evento e sulla terapia in atto del paziente. Il farmacista poi si reca in reparto e raccoglie notizie dal personale tramite il modulo AIFA e, se necessario, intervista il genitore ed il bambino poi invierà la segnalazione all'AIFA. Disponibilità del farmacista con contratto a progetto dedicato alle ADR a intervenire "a chiamata" alla comparsa di una ADR in reparto per aiuto nella compilazione del modulo AIFA con raccolta e inserimento ADR nella rete nazionale farmacovigilanza. Riunioni e corsi di formazione 2016-2022 aperti a tutto il personale sanitario della NPI e Farmacia Anno 2016 n. 1 riunione Anno 2017 n. 2 corsi di 4 ore con 22 partecipanti, n. 1 attività di miglioramento di 12 ore con 30 partecipanti Anno 2021 n 1 corso di 4 ore con 20 partecipanti Anno 2022 n. 1 corso di 4,30 ore con 16 partecipanti Totale 24 ore di formazione interattiva dedicata a tutte le professioni del reparto Neuropsichiatria Infantile (medici, infermieri, tecnici neurofisiopatologia) e della Farmacia Salesi (farmacisti)

RISULTATI. Si è assistito ad un aumento delle segnalazioni in maniera progressiva vista la sensibilizzazione del personale dall'inizio della formazione specifica. TOTALE segnalazioni ADR anni 2015-2022 n.96 Anno 2015 n.2 Anno 2016 n. 3 Anno 2017 n.11 Anno 2018.n 10 Anno 2019 n. 9 Anno 2020 n.21 . Anno 2021 n 21. Anno 2022 n. 19 Il maggior numero di segnalazioni risulta associato all'uso di farmaci della classe ATC N (neurologici) di cui maggiormente ATC N03 Antiepilettici e ATC N05 Psicolettici a cui segue la classe ATC J "antimicrobici e vaccini" relativa ad antibiotici e vaccini obbligatori da calendario vaccinale. Anno 2020 ADR ATC N (neurologici) 89%, ATC J (antimicrobici e vaccini) 19% Anno 2021 ADR ATC N (neurologici) 90%, J (antimicrobici e vaccini) 9% Anno 2022 ADR ATC N (neurologici) 52%, J (antimicrobici e vaccini) 42%, L (antitumorali) 5% Segnalatori Anno 2020 89% medici, 19% infermieri anno 2021 85% medici,14% infermieri anno 2022 5% medici, 94% infermieri Tipo di Reazioni: nel triennio 2020-2022 10 reazioni gravi su 58 segnalazioni (17,2%) Non è ancora automatico nel personale la segnalazione o allertamento del farmacista con contratto dedicato alla farmacovigilanza, la motivazione addotta è "la mancanza di tempo".

LIMITI. Segnalazioni fatte da personale ospedaliero per ADR avvenute a domicilio o presso altri ospedali. Mancata segnalazione dell'inefficacia dei farmaci (maggiormente antiepilettici) Non è ancora automatico nel personale la segnalazione o allertamento del farmacista con contratto dedicato alla farmacovigilanza, la motivazione addotta è "la mancanza di tempo".

CONCLUSIONI. La formazione sulla farmacovigilanza aumenta la segnalazione di ADR e la sicurezza nell'erogazione delle cure al paziente. La collaborazione con la SOD Farmacia, con la possibilità di intervento in situ del farmacista, è importante per incentivare la segnalazione, per segnalare tempestivamente le ADR gravi e non gravi e per diffondere la cultura della segnalazione tra i professionisti ed anche ai familiari dei piccoli pazienti. Per questi ultimi sarebbe necessaria una adeguata informazione da parte di tutti i professionisti sanitari che avviano una terapia farmacologica.

Autore per la corrispondenza: Regnicoli Februa - Presidio Ospedaliero di Alta Specializzazione G. Salesi -
Email: februa@alice.it

114. L'efficacia della teleriabilitazione nella disfagia neurologica: revisione della letteratura e proposta operativa

Reverberi Cristina¹, Castagnetti Elena², Gottardo Giorgia², Battel Irene³

¹Azienda USL IRCCS di Reggio Emilia, ²San Camillo IRCCS di Venezia, ³Università degli Studi di Milano

BACKGROUND. Una presa in carico precoce e tempestiva del paziente disfagico può ridurre il rischio di complicanze, quali malnutrizione, disidratazione, complicanze bronco-polmonari e diminuire il rischio di morbidità e mortalità. Alcuni fattori che possono ostacolarla sono: tempi di accesso, distanza dai servizi sanitari, mancanza di terapisti specializzati nella disfagia, disturbi motori, difficoltà di spostamento per la complessità del quadro clinico e aumento della domanda (Coyle, 2012; Ward et al., 2012b). La Telehealth, potrebbe essere una valida risorsa per superare tali barriere di accesso e consentirebbe di ottimizzare i tempi aumentando le sedute riabilitative nell'arco della giornata, ridurre i costi e promuovere l'autonomia personale del paziente favorendo la gestione dei propri bisogni sanitari (D. M. Brennan et al., 2009; Regina Molini-Avejonas et al., 2015). Tra i benefici si riporta anche la possibilità di monitorare periodicamente il paziente garantendo una continuità assistenziale a lungo termine, soprattutto in caso di patologie neurodegenerative (Theodoros et al., 2019).

OBIETTIVI. L'obiettivo di questa revisione è sintetizzare le evidenze scientifiche in merito alla gestione del paziente disfagico attraverso la teleriabilitazione rispetto alle modalità standard. Si ci propone inoltre di produrre un manuale di erogazione della valutazione della disfagia via Telehealth.

METODI. Gli studi sono stati identificati attraverso una ricerca bibliografica nelle seguenti banche dati elettroniche: Medline, Embase, Cinahl, Scopus utilizzando checklist del PRISMA Statement (Liberati A, 2009). Sono stati presi in considerazione studi in lingua inglese i cui contenuti includono valutazione, trattamento, monitoraggio e educazione terapeutica, di pazienti adulti con disfagia neurogena. Sono stati esclusi articoli relativi esclusivamente a pazienti con diagnosi di disfagia conseguente a tumore testa-collo e articoli sulla valutazione strumentale della disfagia condotta via telehealth. La valutazione quantitativa della letteratura è stata effettuata seguendo le indicazioni dell'Alberta Heritage Foundation for Medical Research (Kmet et al., 2004): checklist AMSTAR (Shea et al., 2017, <https://amstar.ca/>), checklist QUADAS (Whiting et al., 2016), checklist Kmet score. Alle checklist utilizzate è stato assegnato un livello di evidenza secondo il NHMRC evidence hierarchy (Health, 2009).

RISULTATI. Sono stati identificati in totale 222 records; 13 studi sono stati individuati da altre fonti. Dopo la rimozione dei duplicati, gli autori hanno screenato indipendentemente titoli e abstract. Sono stati inclusi nella sintesi finale 16 studi per la sintesi qualitativa e 14 per quella quantitativa. Due articoli sono stati esclusi dalla critical appraisal per scarsa qualità metodologica (Kmet score

RISULTATI. il punteggio medio ottenuto è di 4.009 significativo della percezione positiva alle indicazioni di utilizzo, risulta più alto rispetto a quello ottenuto da altre ricerche condotte in altri paesi. Le indicazioni relative alla protezione dalle cadute accidentali, dall'accesso in posti pericolosi, dalla rimozione dei presidi medici e dal garantire la sicurezza hanno ottenuto un punteggio PRUQ>4. Le voci relative alla confusione mentale dell'anziano assistito e ai comportamenti correlati al clima lavorativo (percezione n°9) erano tutte inferiori alla media, riportando un punteggio PRUQ

LIMITI. La numerosità campionaria è limitata

CONCLUSIONI. A causa del progressivo invecchiamento della popolazione, e l'aumento della menomazione fisica e mentale, come le comorbidità e l'aumentata disabilità, nelle case di riposo e negli ospedali, gli operatori dovrebbero acquisire delle abilità per gestire i problemi comportamentali dell'anzianità, con uno speciale aiuto e l'erogazione di cure individualizzate senza l'utilizzo delle contenzioni fisiche. La formazione specifica e l'utilizzo di protocolli vengono ritenute strategie idonee per implementare il corretto utilizzo di metodiche alternative alla contenzione fisica.

Autore per la corrispondenza: Baglioni Isabella - Ospedale di Civitanova Marche - Email: caposala.isa@libero.it

115. La gestione del rischio clinico nel paziente disfagico: formazione ad impatto rivolta alle logopediste dell'AUSL di Reggio Emilia

Reverberi Cristina¹, Rancati Jacopo Matteo¹, Caroli Roberto¹, Iaccheri Giulia², Saffioti Angelina¹

¹Azienda USL IRCSS di Reggio Emilia, ²AUSL della Romagna

BACKGROUND. Si stima che le polmoniti da aspirazione rappresentino il 5-15% dei casi di Polmoniti Acquisite in Comunità. Recentemente sono stati segnalati da 0,15 a 2,27 casi di polmonite da aspirazione ogni 10.000 giornate di degenza negli ospedali pubblici. La presa in carico della persona assistita, mediante la valutazione dei fattori intrinseci per l'esposizione a specifiche condizioni di rischio, deve essere strutturata indagando anche il rischio di aspirazione/inalazione posto in relazione alle condizioni cliniche (stato confusionale, deterioramento cognitivo, patologie neurologiche etc.). Il mancato accertamento del rischio e le relative strategie di prevenzione attuate attraverso un piano assistenziale mirato ed altresì la mancata rivalutazione del rischio nel decorso clinico, possono contribuire alla manifestazione di ab-ingestis anche di lieve gravità ma che possono potenzialmente innescare un processo flogistico e/o di sovrainfezione batterica.

OBIETTIVI. Il progetto si poneva i seguenti obiettivi: a. aumentare la consapevolezza e la gestione del rischio clinico delle logopediste dell'AUSL IRCSS di Reggio Emilia durante la valutazione e la presa in carico del paziente disfagico. b. valorizzare il ruolo e la responsabilità del logopedista all'interno dell'équipe multidisciplinare degli ospedali del territorio di Reggio Emilia e provincia c. fornire nozioni alle logopediste della AUSL di Reggio Emilia circa le normative vigenti in materia di gestione del rischio clinico, responsabilità professionale e di équipe di cura. d. migliorare le competenze dei professionisti relative alla tenuta documentale della cartella clinica attraverso la maggiore conoscenza della normativa vigente, l'analisi di documenti prodotti dalle colleghe e la discussione sulle possibili soluzioni da adottare. e. modificare la scheda di valutazione della disfagia in base alle nuove evidenze di letteratura e alla normativa inerente alla responsabilità professionale.

METODI. Nella prima fase è stato richiesto alle logopediste di inviare materiale, nello specifico relazioni logopediche, all'interno delle quali fossero presenti criticità sia di contenuto che formali. Sono state organizzate quattro giornate formative (Formazione Residenziale ad Impatto), durante le quali sono stati forniti contenuti teorici e si è discusso delle criticità rilevate, sia durante l'analisi della documentazione, sia nella pratica clinica quotidiana. Nello specifico, sono state affrontate diverse problematiche riscontrate durante la valutazione logopedica e nell'inserimento dei dati nel sistema informativo di gestione dei pazienti (Cartella Clinica Informatizzata). Alla luce delle nuove evidenze scientifiche a disposizione, si è provveduto a modificare i tracciati della valutazione informatizzata della disfagia; la nuova scheda di valutazione contiene molte variabili dicotomiche e ordinali, utili per eventuali ricerche future, report e Audit. Tale documento, una volta validato, è stato reso consultabile nel Repository DWH da parte degli operatori che hanno in carico il paziente garantendo un corretto passaggio di indicazioni tra ospedale e territorio. Al fine di promuovere un miglior passaggio di informazioni relative a consistenza dei farmaci, alimenti permessi e tipologia di somministrazione, è stato creato, inoltre, un sistema di alert che riportano queste informazioni nell'home page della cartella clinica del paziente.

RISULTATI. Sono stati individuati indicatori quantitativi di processo e di esito per monitorare l'andamento in itinere e al termine del progetto. Indicatori di processo: a. Partecipazione al corso: le logopediste hanno frequentato con una percentuale molto alta (Media 87.5%). b. Indice di gradimento e valutazione dell'apprendimento: dalle valutazioni effettuate è emerso l'elevato gradimento da parte delle logopediste; tutti i partecipanti hanno superato la prova pratica. c. Numero di campi modificati all'interno della valutazione della disfagia del paziente ricoverato: rispetto alla valutazione precedentemente adottata sono state modificate diverse informazioni all'interno del protocollo per permettere una maggiore standardizzazione del processo di valutazione con miglioramento della qualità e della gestione del rischio clinico. Tutte le implementazioni proposte all'interno del protocollo aziendale rispondono alle migliori evidenze scientifiche disponibili attualmente nell'ambito dei disturbi della deglutizione. È stato programmato un Report dei campi modificati che terminerà a marzo 2023; un successivo Audit verificherà la ricaduta della formazione, dell'implementazione del protocollo di valutazione e del sistema informatico di gestione dei pazienti.

LIMITI. Il protocollo di valutazione del paziente disfagico derivato dalla Formazione ad Impatto, è facilmente esportabile ad altri contesti sanitari.

CONCLUSIONI. I benefici attesi sono i seguenti. Pazienti: riduzione del rischio clinico di complicanze legate ad un'errata valutazione e gestione di disturbi della deglutizione, maggiore soddisfazione delle prestazioni sanitarie di cui ha usufruito, maggiore comprensione delle indicazioni fornite dai professionisti e miglior accessibilità e fruibilità delle informazioni attraverso l'accesso ai dati della cartella informatica. Organizzazione: risposte più idonee alle esigenze dei pazienti, miglior coesione e organizzazione dell'équipe multidisciplinare con conseguente ottimizzazione delle risorse e valorizzazione del personale sanitario, sperimentazione di una gestione partecipata da parte degli stakeholders. Professionisti: partecipazione attiva alla creazione e alla sperimentazione del nuovo protocollo di valutazione, contributo alla risoluzione delle criticità emerse durante la formazione e costruzione di uno strumento informatico di gestione dei pazienti appropriato, sicuro e in linea con le EBM, aumento delle conoscenze relative alla responsabilità professionale

Autore per la corrispondenza: Reverberi Cristina - Azienda USL IRCSS di Reggio Emilia -
Email: cristina.reverberi@ausl.re.it

116. Come cambierà il management delle patologie croniche: Progetti e modelli organizzativi per attuare il DM 77/2022 e i possibili ruoli emergenti per il governo della cronicità

Ridolfi Luciana
Università Alma Mater Studiorum di Bologna

BACKGROUND. Si parla ormai da anni della necessità di un cambiamento paradigmatico sul terreno dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria che sappia far fronte ai profondi cambiamenti demografici ed epidemiologici quali l'allungamento dell'aspettativa di vita, l'incremento dell'incidenza delle fasce di popolazione di età avanzata, l'esplosione delle malattie croniche, le radicali trasformazioni della famiglia, con l'accorciamento della "catena familiare" che toglie sostegno informale e accresce la condizione di solitudine... L'affermarsi della cronicità, in particolare ("problema chiave della sanità del nuovo millennio"), ha imposto una maggiore condivisione di strategie politiche orientate su obiettivi di tipo sanitario, sociale e culturale (analisi dei bisogni in una prospettiva olistica, gestione proattiva dei casi, assistenza multidimensionale, sviluppo di reti cliniche... tecniche di project management, metodi di analisi e valutazione delle politiche pubbliche e logiche di gestione dei grandi progetti) che impongono di migliorare continuamente l'organizzazione dei servizi in chiave territoriale. Parallelamente, l'integrazione di tali servizi esige anche la piena responsabilizzazione di tutti gli attori in campo. A tal proposito, si parla recentemente di ruoli emergenti – come l'infermiere di famiglia, il case manager, l'operation manager – che rappresentano figure funzionali al governo gestionale e clinico della cronicità.

OBIETTIVI. Questo lavoro vuole mettere a fuoco le novità organizzative più interessanti e, contestualmente, approfondire alcune questioni di fondo ancora da dipanare, per offrire un quadro d'insieme del cambiamento in atto nei servizi socio-sanitari per la comunità. Partendo dalla definizione dei termini di "malattia cronica" e "cronicità", le righe seguenti operano una riflessione sui servizi di cura ed assistenza e sugli sforzi per sostenere la rimodulazione della rete di offerta dei servizi sanitari sul territorio, attraverso l'implementazione di nuovi modelli gestionali ed organizzativi per attuare il DM 77 del 2022 quali le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, la implementazione delle centrali operative territoriali COT, ecc. La revisione critica dell'offerta di tali servizi, dovrebbe anche essere in grado di riequilibrare la prassi del ricorso all'ospedale, diminuendo la pressione sul pronto soccorso e riportando il trattamento del problema nel giusto spettro del livello assistenziale.

METODI. Sul piano metodologico, questa desk research ha riguardato fasi di raccolta, valutazione e rielaborazione di informazioni relative alle principali strategie organizzative dei servizi sanitari territoriali presenti in letteratura a partire dagli anni Novanta. Tali informazioni derivano da prassi in atto nelle istituzioni pubbliche, dai report dei professionisti del settore, dalla stampa specializzata, dai database, dalla rete internet e da fonti interne alle aziende (bilanci e statistiche).

RISULTATI. L'ampia gamma dei modelli di offerta dei servizi sanitari territoriali – utilizzati mediante strategie organizzative innovative quali le Case della salute, le medicine di gruppo integrate, i letti intermedi o sub-acuti... – consente di giungere ad una riflessione generale sulle modalità della presa in carico della cronicità, evidenziando allo stesso tempo anche le criticità che inficiano la buona riuscita dei percorsi assistenziali e di cura.

LIMITI. Lungi dal proporre un'analisi esaustiva dello stato attuale della medicina del territorio nazionale

CONCLUSIONI. La riflessione finale consentirà di avanzare ipotesi migliorative, intese come opportunità per un miglioramento complessivo di tipo culturale ed organizzativo dell'intero sistema delle cure territoriali in vista del nuovo DM 77 del 2022.

Autore per la corrispondenza: Ridolfi Luciana - *Università Alma Mater Studiorum di Bologna* -
Email: luciana_ridolfi@hotmail.com

117. La percezione all'utilizzo delle contenzioni fisiche nell'assistito anziano: studio osservazionale

Scarlato Enzo¹, Tufoni Simona², Baglioni Isabella², Galli Alessia³, Marcelli Stefano², Gatti Chiara³, Ciarpella Francesca⁴, Mancini Arianna⁴

¹Casa di Cura Villa Verde di Fermo, ²Univpm, ³Ospedali Riuniti di Ancona, ⁴ATS di Fermo

BACKGROUND. La contenzione fisica è definita come "applicazione di strumenti o dispositivi al corpo o parti di esso o nell'ambiente circostante l'individuo, atti a limitare la libertà dei movimenti" (1) volontari o involontari dell'intero corpo o di un suo segmento. Nei settori psichiatrici e geriatrici italiani, si stima che si ricorra a tali mezzi nel 20 - 50% dei casi. La contenzione della persona, configurandosi come atto coercitivo e, quindi, in contrasto con la libertà della persona, è possibile, come misura eccezionale, solo nei casi nei quali essa possa caratterizzarsi come un provvedimento avente contenuto di prevenzione. È pertanto finalizzata a tutelare la vita o la salute della persona stessa o di terzi, a fronte di una condizione di transitoria incapacità decisionale della persona che renda, di fatto, inattendibili le scelte e le manifestazioni di volontà.

OBIETTIVI. Lo studio osservazionale ha come obiettivo principale quello di indagare la percezione degli infermieri e degli operatori socio sanitari sull'utilizzo delle contenzioni fisiche nell'assistito anziano ricoverato in strutture residenziali. Un ulteriore obiettivo indagherà eventuali differenze nella percezione all'utilizzo legate al ruolo professionale assunto.

METODI. È stato condotto uno studio quantitativo osservazionale tramite la somministrazione del questionario validato PRUQ (Physical Restraint Use Questionnaire) da marzo a giugno 2022. Lo strumento impiegato per la raccolta dei dati è stato il questionario validato PRUQ (Physical Restraint Use Questionnaire), formato da 11 items a risposta multipla tramite scala Likert, che va da 1 (non importante) a 5 (molto importante). Gli 11 item vanno a descrivere la protezione della persona dalle cadute accidentali, il vagabondaggio, il furto di materiale altrui, l'accesso in posti pericolosi, disturbare gli altri degenti, impedire la rimozione dei presidi medici, garantire il riposo e la sicurezza, sostituire l'osservazione da parte del personale sanitario, proteggere l'equipe da abusi fisici e gestire l'agitazione della persona anziana. Sono state selezionate e contattate 9 strutture residenziali ed hanno accettato di partecipare allo studio 7 strutture: Cdr Sassatelli (Fermo), Cdr Le Gaetanine (Porto San Giorgio), Cdr Zaffiro (Porto San Giorgio), Cdr Pacifico Marini (Petritoli), Cdr Opera Pia Arpili (Monte Giberto), Cdr San Francesco (Monte San Pietrangeli), Cdr Opera Pia (Montegranaro). Oltre all'RSA di Petritoli e le Cure Intermedie di Sant'Elpidio a mare, previa autorizzazione all'Area Vasta 4 il campione è costituito da 75 operatori socio sanitari e 32 infermieri con un response rate dell'81%.

RISULTATI. Il punteggio medio ottenuto è di 4.009 significativo della percezione positiva alle indicazioni di utilizzo, risulta più alto rispetto a quello ottenuto da altre ricerche condotte in altri paesi. Le indicazioni relative alla protezione dalle cadute accidentali, dall'accesso in posti pericolosi, dalla rimozione dei presidi medici e dal garantire la sicurezza hanno ottenuto un punteggio PRUQ > 4. Le voci relative alla confusione mentale dell'anziano assistito e ai comportamenti correlati al clima lavorativo (percezione n°9) erano tutte inferiori alla media, riportando un punteggio PRUQ < 3. Le indicazioni all'utilizzo che hanno ottenuto un punteggio più alto sono: la rimozione accidentale del sondino nasogastrico e/o della PEG, seguito dalla protezione della persona anziana dalla caduta dal letto e dalla sedia ed infine impedire che l'assistito si sfilì il catetere vescicale. Infine, gli OSS, risultano avere un punteggio medio più alto in tutte le indicazioni.

LIMITI. La numerosità campionaria è limitata.

CONCLUSIONI. A causa del progressivo invecchiamento della popolazione, e l'aumento della menomazione fisica e mentale, come le comorbidità e l'aumentata disabilità, nelle case di riposo e negli ospedali, gli operatori dovrebbero acquisire delle abilità per gestire i problemi comportamentali dell'anzianità, con uno speciale aiuto e l'erogazione di cure individualizzate senza l'utilizzo delle contenzioni fisiche. La formazione specifica e l'utilizzo di protocolli vengono ritenute strategie idonee per implementare il corretto utilizzo di metodiche alternative alla contenzione fisica.

118. Supervisione neurogeriatrica in residenze per anziani: spunti di profonda riflessione su farmaci e deprescrizione farmacologica attraverso due progetti eseguiti in epoca pre-Covid

Schiavo Ferdinando

BACKGROUND. Demenze e “malattie da farmaci” sono tuttora patologie sottovalutate, sottodiagnosticate e sottoposte a malpratica, le prime in buona parte perché vittime del fenomeno dell’ageismo (“è normale, tanto è vecchio”), le seconde in quanto entità molto complesse spesso incomprese dalla classe medica.

OBIETTIVI. La supervisione neurologica in Centri Residenziali per Anziani (CRA) è una procedura indubbiamente utile per il benessere degli ospiti e può rappresentare uno stimolo alla collaborazione e all’apprendimento tra le diverse figure professionali coinvolte, e tra queste e i familiari, con lo scopo di migliorare la qualità del lavoro, ridurre stress e disagio degli ospiti stessi e degli operatori sanitari. I due progetti di supervisione realizzati in epoca immediatamente pre-Covid avevano l’obiettivo di evidenziare l’esistenza di punti critici e di proporre suggerimenti e soluzioni, in particolare ai medici.

METODI. Il compito del primo progetto era finalizzato inizialmente alla diagnosi di casi di demenza o MCI non precedentemente diagnosticati nei residenti. È stato portato a termine tra il 2014 e il 2015 attraverso la supervisione di 45 ospiti di un diurno e di una CRA nell’area di Udine. Nel secondo la supervisione è stata effettuata nel biennio 2018-2019: è stato redatto un elaborato per ciascuno dei tre ospiti con demenza di grado severo scelti tra i trenta dello stesso reparto di una CRA nell’area di Rovigo allo scopo di procedere a cambiamenti terapeutici, tra cui una deprescrizione farmacologica. In tutti i casi in studio, previa adesione dei familiari, è stata eseguita, anche attraverso la collaborazione del personale sanitario e dei familiari, un’accurata anamnesi seguita da un esame neurologico e generale, nonché il test breve cognitivo MMSE, è stata elaborata una diagnosi e, infine, sono state proposte delle soluzioni.

RISULTATI. Nel primo progetto l’indagine sui 45 partecipanti ha confermato la presenza di alterazioni cognitive compatibili con la diagnosi di demenza o MCI in tutti i soggetti, ovvero 45 su 45 (di cui 4 MCI multiple domain) e, soprattutto, che 27\45 casi (tra cui i 4 soggetti con MCI multiple domain) non erano stati diagnosticati in precedenza. Sono emerse inoltre, e non rappresenta certamente un aspetto secondario del lavoro, numerose manifestazioni iatrogene neurologiche ed extra-neurologiche (parkinsonismo, acatisia, atassia, episodi ipoglicemici, anemia grave da ASA, ecc.). Nel secondo studio, per i tre ospiti scelti, è stato prospettato ai colleghi medici collaboranti con la struttura un piano di deprescrizione\modifiche della terapia farmacologica.

LIMITI. - L’esiguità del campione di persone esaminate rispetto al fenomeno “demenze” e a quello relativo delle “malattie da farmaci. - L’assenza di un campione di confronto. - La scarsa collaborazione da parte della classe medica.

CONCLUSIONI. In questa duplice esperienza clinica è stato confermato, nella prima, la persistenza del fenomeno della sottovalutazione della diagnosi di demenza e di MCI, unitamente alla presenza cospicua di serie “malattie da farmaci”, mentre nella seconda è stato amaramente evidenziato che non è stato eseguito da parte dei colleghi medici alcun intervento di deprescrizione\modifica proposto a livello farmacologico. Alla luce di questi risultati, seppure su un campione ridotto, andrebbe indubbiamente ridiscusso l’impegno dei medici nel prendersi cura delle persone anziane fragili nelle CRA.

119. Artificial Intelligence Medication Management (AIM2)

Sciacovelli Annamaria

Farmacia Kron

BACKGROUND. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte in quasi tutto il mondo. Circa il 40% degli italiani soffre di una patologia cronica per una spesa sanitaria che si aggira intorno ai 70 miliardi di euro l'anno. A tutt'oggi, non è attiva una gestione "intelligente" del paziente cronico che, tramite la prescrizione di una terapia farmacologica personalizzata e un costante monitoraggio della somministrazione ed efficacia, stabilizzi la patologia o ne rallenti l'aggravamento, si da migliorare la qualità di vita del paziente e ridurne i ricoveri ospedalieri o la frequenza dei day hospital oltre che a ottimizzare la spesa farmaceutica.

OBIETTIVI. Gestione del paziente cronico e Intelligenza Artificiale (AI) Gli algoritmi di intelligenza artificiale sono in grado di strutturare e interpretare 'big data' farmaceutici e sanitari e, quindi, utilizzabili per pianificare l'assistenza sanitaria ai malati cronici anche a domicilio assicurando al paziente la migliore terapia farmacologica secondo le più recenti linee-guida mediche. A tal fine è necessario disporre di: a) un database dei farmaci, comprendente effetti terapeutici, indesiderati e reazioni avverse b) un database costruito a partire dal Fascicolo Sanitario dei pazienti, nel quale sia riportato anche il percorso 'time window' della salute completo di analisi, immagini, farmaci assunti etc. L' AI propone per ciascun paziente la terapia farmacologica, controllando l'aderenza terapeutica, monitorando i risultati e ottimizzando eventuali periodi di ospedalizzazione.

METODI. Il management del paziente cronico, sia esso ospedalizzato o nel proprio domicilio, prevede che AI controlli, in remoto, in modo autonomo e attivo, la fornitura e la somministrazione dei farmaci e ne valuti l'efficacia, registrando su file a disposizione del personale sanitario il cui intervento è richiesto tramite TigerAlert. Una 'fully connected layers neuronal network' provvede alla elaborazione dei dati. Sono considerati tutti i livelli possibili di connessione.

RISULTATI. Gestione centralizzata dei pazienti cronici ospedalizzati e domiciliari: 1) Il personale sanitario prescrive la terapia farmacologica, sortendola tra quelle proposte da AI per ogni paziente, in ordine di efficacia dei farmaci, di loro disponibilità immediata e del costo complessivo del ciclo terapeutico. 2) AI gestisce, con la supervisione del personale sanitario, l'approvvigionamento, la distribuzione e la somministrazione attiva dei farmaci e con l'ausilio di IoMT, valuta l'efficacia della terapia e l'efficienza della filiera terapeutica inviando agli stakeholders le informazioni di competenza. Si realizza una soluzione end-to end che collega i database, il sistema informativo, i pazienti, medici e dispositivi tecnologici (IoT) al fine di unire i software di monitoraggio del team, paziente e della struttura sanitaria di riferimento. Ottimizzazione della spesa farmaceutica e delle strutture sanitarie: AI, sulla base delle terapie farmacologiche prescritte, ottimizza gli acquisti e le giacenze dei farmaci (magazzino centralizzato fra più ospedali consorziati) L'attività di supporto di AI consente una migliore assistenza sanitaria e una riduzione dei costi.

LIMITI. L'impiego dell'AI è di grande utilità in ambito sanitario nonostante taluni limiti che possono riguardare: 1) database e bias negli algoritmi. I bias possono essere originati da database non bilanciati e portare a valutazioni errate. (minoranze etniche, di genere o presenza di disabilità sono storicamente caratterizzati da una limitata presenza nei database). 2) difficoltà nella condivisione dei dati per motivi di privacy e sicurezza. 3) risk stratification nel tempo è per il paziente un processo dinamico, alterato dal mutare delle condizioni cliniche. Si considera un metodo di stratificazione del rischio che possa esser quantificabile e utilizzato come componente aggiuntiva di un sistema di punteggio per la stratificazione precoce del rischio esistente. Si deve valutare che da un punto di vista clinico il gran numero di variabili, da inserire per l'analisi del risk stratification, potrebbe limitare l'uso dei modelli di artificial neuronal networks. 4) gestione dei farmaci off label 5) formazione del personale sanitario e non sanitario all'uso di nuove tecnologie 6) la forza di un fattore prognostico può essere maggiore durante un periodo di tempo rispetto ad un altro.

CONCLUSIONI. Un'unica piattaforma - integrata in una struttura sanitaria di riferimento - gestita da algoritmi di AI e utilizzante dispositivi IoT e IoMT, permette una gestione completa e unificata della farmacoterapia in pazienti cronici - ospedalizzati e domiciliari - avvalendosi di un team di personale, sanitario e tecnico, con costi sensibilmente inferiori a quelli attualmente sostenuti

Autore per la corrispondenza: Sciacovelli Annamaria – Farmacia Kron - Email: sciacovelliannamaria@gmail.com

120. Consapevolezza sulla donazione di organi: una valutazione infermieristica sulla comunità

Soricetti Eleonora¹, Tufoni Simona², Messi Daniele², Sarzana Fabio², Ceroni Enrico², Baglioni Isabella²

¹Azienda Ospedaliera Universitaria delle Marche, ²Univpm

BACKGROUND. La donazione di organi è un tema fortemente attuale in sanità in quanto la domanda supera l'offerta. Ancora tangibile, seppur migliorata, è l'insufficienza di donazioni di organi che prolunga la lista d'attesa, tanto che il 31 dicembre 2017 erano presenti ancora 8807 persone, e i tempi di attesa prima di ricevere un organo. Infatti, nonostante un sensibile aumento delle donazioni, ancora poche sono le concessioni rispetto alla richiesta attuate sia tramite l'iscrizione anticipata sia tramite l'adesione dei familiari nel momento in cui si palesa la situazione di dover scegliere

OBIETTIVI. L'obiettivo della ricerca è valutare la conoscenza del processo di trapianto e la consapevolezza della possibilità di esprimere la propria volontà anticipatamente a divenire donatore in caso di morte cerebrale. Per incrementare la sensibilità verso la donazione si sono analizzati i mezzi e le figure che potrebbero implementare il processo di conoscenza anche in base alle singole fasce d'età. Inoltre, si è cercato di evidenziare la conoscenza del principio di silenzio/assenso e quali difficoltà pone decidere per un membro della famiglia.

METODI. Lo studio osservazionale quantitativo è basato sulla divulgazione di un questionario anonimo, tramite il programma Google Forms® con il sistema a palla di neve, diretto a tutta la popolazione, con criterio di esclusione è rappresentato dall'età minorile. La raccolta dati è stata effettuata nel periodo compreso tra il 29 settembre 2018 e il 15 ottobre 2018 ed il campione costituito da 478, dai 18 anni a più di 60 anni. Il questionario autoprodotta è costituito da 23 domande: di cui 21 a risposta chiusa con scala Likert a cinque gradienti e 2 a risposta aperta. È stato suddiviso per tre aree tematiche, la prima è una raccolta dati sociodemografici, la seconda indaga la conoscenza e il pensiero personale sulla donazione di organi e l'ultima si sofferma sulla dichiarazione di volontà ad essere donatore e le modalità per esprimerla.

RISULTATI. Si evidenzia la necessità da parte del campione indagato di voler ricevere più informazioni sulla donazione in quanto le proprie conoscenze vengono valutate non complete (72%). La figura preposta ad ampliare la consapevolezza sulla donazione è indicata di ampliare la conoscenza nella figura del medico di famiglia e del personale facente parte delle associazioni di volontariato presenti nel territorio. La popolazione con una fascia di età più giovane ha indicato le app, siti internet certificati, conferenze o serate formative come le metodologie più efficaci. Il 72% del campione si esprime in modo favorevole nel diventare donatore di organi e tessuti. La scelta risulta meno netta nel momento in cui ci si debba esprimere per un familiare impossibilitato a farlo si troverebbe d'accordo ad essere donatore (56%). La conoscenza delle modalità per esprimere la propria volontà anticipatamente mediante la carta di identità è conosciuta solo dal 53% della popolazione indagata.

LIMITI. La popolazione in esame è rappresentata da uomini e donne con una fascia di età compresa tra i 18 e i 50 anni per l'85% del totale

CONCLUSIONI. È stata osservata una conoscenza approssimativa dell'argomento accompagnata però, da una volontà nell'apprendimento, pertanto sarebbe bene incrementare i metodi suggeriti, quali medico di famiglia, personale delle associazioni, app o sito internet e conferenze o serate all'aperto. Tali da fornire le informazioni atte ad aumentare i donatori, eliminando dubbi, disparità, incomprensioni, silenzi e inconsapevolezza.

121. L'impiego della telemedicina nel monitoraggio domiciliare dei pazienti affetti da mieloma multiplo

Spada Anna Maria¹, Traini Tiziana¹, Marcelli Stefano¹, Manocchi Katia², Galieni Piero²

¹Univpm, ²Asur Marche Area Vasta 5

BACKGROUND. La pandemia di Covid-19 ha determinato un rapido e decisivo incremento dell'utilizzo della telemedicina: si è passati dall'11% di utenti che usufruivano dei servizi di telemedicina nel 2019, al 46% nel 2020. Inoltre, dati affermano che molti centri oncologici statunitensi hanno eseguito circa 4000 televisite in un mese, rispetto a 40 visite in remoto eseguite abitualmente in un anno. Allo stesso modo, le abitudini sanitarie dei cittadini italiani, durante la pandemia di Covid-19, hanno subito dei cambiamenti: secondo quanto emerge da un sondaggio prodotto dal team di analisi di Capterra, circa l'86% di 1019 intervistati ha ricorso all'utilizzo della telemedicina per ragioni di salute non strettamente legate al virus.

OBIETTIVI. Proporre un prototipo di una possibile applicazione WEB dedicata a dispositivi di tipo mobile, per la trasmissione dati relativi alla gestione del mieloma multiplo

METODI. Creazione della prima interfaccia che rappresenta l'icona dell'applicazione software denominata 'MielomAsp' (INTERFACCIA 1: ICONA APP).

RISULTATI. Aperta l'app comparirà la schermata di accesso: inserire un login mediante "nome utente" e "password". Nella schermata HOME è presente un promemoria che specifica data e ora della visita di controllo successiva. Mediante la stessa schermata il paziente ha la possibilità di prenotare, richiedere una modifica o annullare la medesima visita. Un clic sulla casella "FARMACI DA RITIRARE" implica l'apertura di una nuova schermata contenente un elenco dei farmaci comunemente richiesti in ambulatorio per consentire all'assistito di prenotare il farmaco selezionato. Selezionando la prima voce denominata 'Patologia' si aprirà una interfaccia contenente una guida per il paziente, basata sulla Linee Guida per la Pratica Clinica ESMO (European Society for Medical Oncology), con lo scopo di aggiornare ed educare l'assistito e i suoi familiari circa la natura del MM, i relativi sintomi, le migliori opzioni terapeutiche disponibili e i possibili effetti indesiderati ad esse correlati. spostamenti, si ha la possibilità di effettuare una televisita, teleassistenza da parte di professionisti sanitari o triage telefonico, a seconda delle esigenze dell'assistito. La seconda e terza voce, rispettivamente denominate "Parametri vitali" e "Sintomi", hanno l'obiettivo di effettuare un telemonitoraggio continuo dei parametri vitali mediante un form a risposta aperta. L'interfaccia relativa ai sintomi consente una supervisione dei principali effetti indesiderati correlati alla patologia e i suoi relativi trattamenti, in particolare del trattamento chemioterapico in forma orale (nausea, vomito, stipsi, astenia, tosse e sintomatologia respiratoria e sanguinamenti). Fra gli impieghi di questo prototipo di applicazione si trova il monitoraggio dell'aderenza alla terapia orale con le tossicità ad essa legate. Esiste poi un diario individuale personalizzato per ciclo di terapia, che riporta: Elenco esatto dei giorni di terapia; Nome del farmaco oncologico da assumere, dosaggio e orario di assunzione; Tipo di tossicità ad essa legata, nonché segni e sintomi più comuni. La quinta e ultima voce è dedicata alla documentazione clinica: si aprirà una nuova schermata contenente un elenco di archivio degli esami di laboratorio, esami strumentali, lettera ultima visita, prescrizione medica e storico parametri. Catalogare questi dati in formato digitale consente di reperire i dati del paziente più velocemente ed inoltre può arginare il rischio di smarrimento di una comune cartella cartacea. La schermata e modalità di accesso dell'operatore sanitario saranno le medesime del paziente.

LIMITI. Scarsa divulgazione e mancate informazioni riguardo le procedure telematiche, incapacità di utilizzare in maniera autonoma i dispositivi tecnologici, strutture sanitarie non ancora informatizzate.

CONCLUSIONI. La telemedicina risulta essere una alternativa efficace e di grande aiuto, soprattutto in ambito oncoematologico, dove i pazienti sono generalmente immunodepressi e, quindi, con un maggior rischio di complicanze e di contrarre infezioni. In particolare, i pazienti affetti da Mieloma Multiplo necessitano di continui follow-up; pertanto, la telemedicina e di conseguenza il telenursing, offrono loro la possibilità di essere monitorati e di usufruire dei servizi sanitari a distanza; questo consente allo specialista e al professionista sanitario di valutare le condizioni cliniche, la risposta alla terapia, assunta frequentemente per via orale a domicilio, ma anche e soprattutto il decorso della malattia e, allo stesso tempo il paziente viene tutelato riducendo gli accessi in ospedale. Pertanto un paziente affetto da patologia cronica, che deve convivere con tale circostanza con il dover comunicare e incontrare frequentemente medici ed infermieri, potrà usufruire dei mezzi offerti dalla Telemedicina e Telenursing per agevolare e facilitare l'autogestione. Il Telenursing può senz'altro facilitare la funzione educativa dell'infermiere e la promozione dei corretti stili di vita.

Autore per la corrispondenza: Traini Tiziana - Corso di Laurea Triennale in Infermieristica - Sede di Ascoli Piceno - Email: t.traini@univpm.it

122. Organizzazione e formazione nelle missioni umanitarie: la realtà ARES OdV

Storani Giulia¹, Gabrielli Barbara², Pasquaretta Arianna³, Liberati Stefania⁴, Di Paola Antonio⁴, Michelini Martina⁴, Vitali Roberta⁴, Cotticelli Federico⁴

¹Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico di Sant'Orsola, ²ARES OdV, ³Univpm, ⁴AST Macerata

BACKGROUND. Disastri e maxi-emergenze sono eventi rari. Nel prepararsi ad affrontarli il primo ostacolo che si incontra è lo scetticismo, causato dal fatto che sono statisticamente improbabili. Potrebbe perciò sembrare lecito chiedersi se sia giusto investire in risorse per essere pronti ad affrontare situazioni così poco frequenti. Le professioni sanitarie, oltre all'obbligo di rispondere alle richieste ordinarie, hanno insito nel proprio essere il compito di fornire assistenza a tutti i coinvolti in una maxi-emergenza. L'ARES (Associazione Regionale Emergenze Sanitarie) è un'associazione di volontariato (OdV) nata nel 1999 che opera in collaborazione con il Dipartimento di Protezione Civile Nazionale in caso di maxi-emergenze. L'associazione è attualmente in fase di accreditamento WHO ed è dotata di struttura campale.

OBIETTIVI. Lo studio ha come scopo evidenziare l'importanza che hanno la formazione e l'organizzazione nella Medicina delle Catastrofi (MdC), concetti fondamentali per chi lavora in missioni umanitarie all'estero, situazioni nelle quali lavorano congiuntamente équipe composte da professionisti ogni volta differenti.

METODI. Per realizzare lo studio è stata consultata la letteratura in merito integrandola con opinioni ed esperienze di 60 membri dell'ARES ottenute attraverso un questionario a domande aperte (con risposte registrate in forma anonima), avente lo scopo di definire, oltre a grafici e valori numerici, il pensiero di chi fornisce assistenza a popolazioni colpite da catastrofi.

RISULTATI. Dalle risposte al questionario è emerso che la totalità degli intervistati considera la formazione e l'organizzazione quali fattori indispensabili per poter affrontare con professionalità e prontezza le maxi-emergenze. La popolazione comune ripone un'eccessiva fiducia nella possibilità di risolvere i problemi con l'esclusivo utilizzo di procedure e mezzi ordinari. Per entrare nel contesto straordinario delle maxi-emergenze, caratterizzato da visione a lungo termine, gestione dell'imprevisto e necessità di lavorare con team eterogenei, sono però necessarie fondamenta solide e cioè formazione del personale ed organizzazione delle risposte in tempo di pace. • Il 100% degli intervistati ha definito come fondamentale la formazione specifica in MdC; • Il 61% pensa che, nonostante gli ultimi dolorosi accadimenti come alluvioni e terremoti, le persone non siano pienamente coscienti di quanto la prevenzione sia essenziale; • Il 91% ritiene che la scarsa disponibilità economica non giustifichi le carenze che purtroppo oggi esistono in ambito di formazione e prevenzione in MdC; • La catastrofe in quanto tale è caratterizzata da una sproporzione tra bisogni e risorse a disposizione; l'83% degli intervistati è d'accordo sul fatto che è possibile far fronte a questa problematica attraverso attività di formazione e di organizzazione. Qualcuno inoltre specifica che "un sistema plastico, dinamico ed organizzato può mitigare gli effetti della sproporzione esistente" e che "le persone giuste, al momento giusto, nel posto giusto spesso riescono a colmare questo gap"; • Relativamente alla tipologia dell'evento, all'ambiente operativo e alla durata dell'intervento, tutti gli intervistati sono d'accordo sul fatto che sono variabili che "influenzano in maniera determinante la diffusione e l'entità del danno". Qualcuno sostiene che "tali caratteristiche incidono in maniera fondamentale nell'organizzazione dei soccorsi e devono essere accuratamente studiate", aggiungendo però che "senza un'ottimale organizzazione ogni variabile potrebbe essere un'incognita atta a creare caos". Altri dichiarano che è fondamentale anche la "resilienza dei servizi di soccorso", e che "in presenza di un'adeguata formazione ed un'adeguata organizzazione si può far fronte a qualsiasi imprevisto". Come si evince dalle risposte la formazione e l'organizzazione, particolarmente nelle missioni a carattere umanitario, sono componenti irrinunciabili per chi è tenuto ad operare sul campo. Infine, sono state rivolte ai soci altre domande con lo scopo di analizzare le motivazioni personali che hanno li hanno indotti a far parte del progetto ARES.

LIMITI. Il limite dello studio è relativo alla numerosità del campione intervistato (60 volontari)

CONCLUSIONI. Lo studio ha voluto dimostrare l'importanza che hanno la formazione e l'organizzazione al fine di raggiungere una gestione ottimale delle maxi-emergenze. A tal proposito sarebbe auspicabile che anche le singole Aziende Sanitarie, per non trovarsi impreparate di fronte ad eventi calamitosi, si impegnassero integrando la formazione dei singoli professionisti con corsi riguardanti tali argomenti contribuendo ad una forma mentale volta alla massima organizzazione e programmazione. Le risposte fornite sono coerenti con le aspettative iniziali; il risultato ottenuto infatti dimostra che formazione ed organizzazione ben strutturate giustificano appieno il dispendio di tempo, materiali, energia ed impegno necessari per realizzarle.

Autore per la corrispondenza: Cotticelli Federico - Ospedale di Civitanova Marche - Email: fcottice@virgilio.it

123. Indagine conoscitiva sulla figura dell'Infermiere Penitenziario

Tanini Marco, Laudicina Ivana, Leone Simona
Eform e learning

BACKGROUND. L'infermiere penitenziario è una figura poco conosciuta specialmente rispetto ai compiti che questa svolge. Abbiamo intervistato persone che fanno parte del personale penitenziario per comprendere come viene percepita la figura dell'infermiere all'interno di un istituto penitenziario e quanto è importante un rapporto di fiducia tra i vari professionisti. Ed infine, analizzeremo le risposte al questionario autoprodotta somministrato a personale infermieristico per indagare quanto si nota il ruolo dell'infermiere penitenziario.

OBIETTIVI. Indagare il livello di conoscenza sulla figura dell'infermiere penitenziario e sulla formazione necessarie per svolgere tale professione.

METODI. Al fine di indagare sulla percezione e conoscenza del ruolo infermieristico in ambito penitenziario abbiamo realizzato un questionario che si compone di 22 items, di cui 5 scale Likert e 3 a risposta aperta.

RISULTATI. Sono stati raccolti un totale di 449 questionari di cui 2 non sono stati ritenuti validi perché viziati da errori nella compilazione. In seguito all'analisi dei risultati ottenuti possiamo dedurre che buona parte degli intervistati non ha sufficiente conoscenza dell'esatto ruolo dell'infermiere penitenziario. Inoltre, gli intervistati, hanno indicato che tale tematica sia poco affrontata durante il percorso di studi. Le difficoltà legate alla normativa penitenziaria possono complicare l'erogazione dell'assistenza infermieristica. Queste peculiarità possono suggerire l'importanza di una formazione specifica erogata all'assunzione. La maggioranza si è espressa dichiarando che non avrebbero piacere di lavorare in questo ambito. Tale affermazione potrebbe essere giustificata dal fatto che gli infermieri hanno dichiarato di essere preoccupati per i vari rischi a cui l'infermiere penitenziario può essere esposto. La maggioranza delle persone ritiene utile il supporto psicologico per l'infermiere penitenziario e hanno attribuito punteggi intermedi alla valutazione del livello di stress a cui questo può essere esposto. Gli intervistati sembrano avere una visione abbastanza riduttiva di quelle che possono essere le attività di assistenza infermieristica nell'ambito penitenziario. Esiste un certo grado di pregiudizio verso il detenuto. Questo è da mettersi in relazione con il fatto che alcuni intervistati hanno dichiarato di sentirsi condizionati dalla causa della condanna del detenuto.

LIMITI. Il principale limite dello studio è rappresentato dal campione esiguo degli intervistati. Auspichiamo di completare la ricerca con un maggior numero di interviste.

CONCLUSIONI. Il ruolo dell'infermiere penitenziario è generalmente poco conosciuto e molto specifico. Va sottolineata l'importanza di una formazione sanitaria dedicata per gli infermieri penitenziari perché la formazione universitaria di base, generalmente, è limitata solo alla formazione di infermieri con competenze trasversali che non possono scendere a questo livello di dettaglio. Le implicazioni etiche, per gli infermieri che lavorano negli istituti penitenziari, meritano un'attenzione particolare per le difficoltà che i professionisti incontrano nell'offrire cure adeguate ai detenuti.

124. La self-efficacy degli infermieri nella gestione dello stoma care

Tomassini Chiara¹, Baglioni Isabella², Tufoni Simona², Marcelli Stefano², Mancini Arianna³, Ciarpella Francesca³, Gatti Chiara⁴, Galli Alessia⁴

¹Casa di cura Villa Pini di Civitanova Marche, ²Univpm, ³AST Fermo, ⁴Ospedali Riuniti di Ancona

BACKGROUND. l'assistito sottoposto al confezionamento di una stomia deve poter raggiungere il benessere e l'adattamento alla vita quotidiana. L'infermiere e l'enterostomista sono necessari come supporto educativo per valorizzare le risorse del paziente e fargli raggiungere il più alto grado di autonomia. Il ruolo è quello di aiutare il paziente a gestire la stomia e le relative complicanze, ma soprattutto ad affrontare il cambiamento che essa provoca dal punto di vista fisico, psicologico, sociale e relazionale, quindi, la loro presenza deve facilitare la ripresa della quotidianità.

OBIETTIVI. Effettuare un'indagine conoscitiva che vada ad analizzare la percezione delle competenze degli infermieri dell'Area Vasta n° 4 di Fermo nel garantire la continuità assistenziale nella persona con stomia, di quanto essi si reputino competenti nella gestione delle stomie e dell'assistito, non solo per quello che riguarda l'aspetto pratico ma anche a livello empatico e comunicativo, al fine di individuare i punti di forza e le criticità.

METODI. È stato somministrato tra il 3 gennaio 2022 e 20 marzo 2022. un questionario ,modificato, formulato dall'Associazione Italiana Operatori di Stomaterapia (A.I.O.S.S.) in collaborazione con l'Area di Ricerca e sviluppo delle Professioni Sanitarie di IRCCS-Policlinico San Donato (Mi) a cui sono state richieste le autorizzazioni specifiche per l'utilizzo e tutti i dati sono stati raccolti e trattati nell'anonimato .Il questionario somministrato agli infermieri è composto da 16 items che indagavano, nella prima parte, la capacità di saper affrontare la gestione della stomia in assenza o con complicanze e saperle gestire. Nella seconda parte si indaga il rapporto con il paziente, sulle abilità empatiche, di addestramento e di informazione durante il colloquio preoperatorio sul futuro percorso dello stomizzato e sul cambiamento della funzione eliminatoria. Il campionamento è stato volontario e sono stati arruolati 145 Infermieri dell'Area vasta 4 di Fermo afferenti a vari dipartimenti tra cui Emergenza ,Chirurgico e domiciliare

RISULTATI. Il campione è composto da 145 soggetti (F 72 % -M 28 %). Età min. 24 – max 61. Le aree di appartenenza lavorative degli infermieri sono: 24% i di area medica, 22% area chirurgica, 19% area critica, 12% area ambulatoriale e 23% di area domiciliare Il 45 % ha una formazione con laurea triennale/ e il 55% una formazione regionale .Sul totale, il 14% ha un master I livello, e 11% una laurea magistrale. Solo 3 % ossia 4 infermieri hanno conseguito una formazione post base nella gestione delle stomie L'area domiciliare risulta essere quella con maggiori abilità,(completamente capaci), sia nella gestione della stomia con(48%) e senza complicanze(60%), sia nella scelta dei presidi(48%) ma anche sotto l'aspetto comunicativo ed empatico (71%) Troviamo un 9% di "Non capace" solo per la gestione delle complicanze L'area Chirurgica risulta essere seconda con maggiori abilità,(completamente capaci), sia nella gestione della stomia con(30%) e senza complicanze(45%), sia nella scelta dei presidi(38%) ma anche sotto l'aspetto comunicativo ed empatico (41%) Troviamo un 13 % di "Non capace" solo per la gestione delle complicanze e 9% per scelta dei presidi Nell'area Ambulatoriale e Medica i risultati raccolti sono simili ,con maggiori abilità,(completamente capaci), sia nella gestione della stomia con(8%) e senza complicanze(35%), sia nella scelta dei presidi(30%) per l'aspetto comunicativo ed empatico (35%) Troviamo un 35 % di "Non capace" solo per la gestione delle complicanze e 20 % per scelta dei presidi L'area dell'Emergenza risulta essere quella con minore percentuale di personale competente ,dove troviamo risposte con abilità,(completamente capaci), nella gestione della stomia con(10 %) e senza complicanze(28%), sia nella scelta dei presidi(12%) ma anche sotto l'aspetto comunicativo ed empatico (30%) Troviamo un 38 % di "Non capace" per la gestione delle complicanze e 32 % per scelta dei presidi Per l' implementazione delle conoscenze per migliorare le proprie competenze per una migliore gestione della stomia hanno preferito : la partecipazione a corsi di aggiornamento sulle Stomie area ambulatoriale(82%) , chirurgica(81%), critica(75%) e medica(66%) Mentre l' area domiciliare ha scelto in percentuale maggiore "training ambulatorio stomizzati" con il 64%.

LIMITI. Limitata numerosità campionaria

CONCLUSIONI. La pianificazione di un percorso di aggiornamento delle competenze acquisite e di formazione per gli ambiti ritenuti più fragili viene visto come strategia efficace per aumentare il livello di competenza dell'infermiere non stomaterapista.

Autore per la corrispondenza: Baglioni Isabella - Ospedale di Civitanova Marche - Email: caposala.isa@libero.it

125. Monitoraggio triennale I.C.A. e antibiotico-resistenza nell'Asur Area Vasta 5

Traini Asja, Traini Tiziana, Marcelli Stefano

Univpm

BACKGROUND. Le infezioni associate all'assistenza sanitaria (ICA) rappresentano le principali minacce alla sicurezza dei pazienti in tutto il mondo E L'OMS SUPPONE CHE SARANNO LA PRINCIPALE CAUSA DI MORTE NEL 2050. Sono la conseguenza di: Suscettibilità della persona, Scarsa aderenza all'igiene delle mani degli operatori e della persona assistita, dei famigliari e dei caregiver, Uso inappropriato degli antibiotici, Indagini strumentali. I microrganismi maggiormente responsabili sono Staphylococcus aureus, Enterococcus faecium, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter species. La resistenza antimicrobica batterica (AMR) si verifica quando i cambiamenti dei batteri rendono meno efficaci i farmaci usati per trattare le infezioni ed è considerata una delle principali minacce per la salute pubblica del 21° secolo. L'importanza dell'AMR è legata principalmente all'impatto epidemiologico ed economico del fenomeno: 1.L'impatto epidemiologico si riflette in un aumento della morbosità e della mortalità associate alle infezioni causate da patogeni resistenti rispetto a quelle causate da patogeni sensibili, che è stato ampiamente documentato per vari tipi di infezioni, le più preoccupanti sono le KPC, PCAR e MRSA. 2.L'impatto economico è legato alla perdita di vite e di giornate lavorative e al maggior utilizzo di risorse sanitarie

OBIETTIVI. Osservare l'andamento delle ICA nelle strutture dell'ASUR Area Vasta 5 Rilevare la classificazione degli alert organismo responsabili (Es: sviluppo dell'antibiotico-resistenza delle KPC, MRSA e PACR)

METODI. Studio osservazionale retrospettivo trasversale, monocentrico, no-profit che non prevede approcci terapeutici o diagnostici diversi da quelli in uso. La raccolta dati è stata svolta dal 1° luglio 2022 al 30 Settembre 2022. I dati sono stati forniti dall'unità operativa Laboratorio Analisi dell'ASUR Area Vasta 5. È stato effettuato un campionamento probabilistico semplice, la popolazione inclusa nello studio comprende 42.972 casi con referti positivi ad infezioni processate nel Lab Analisi. I dati sono stati analizzati attraverso l'utilizzo del foglio di calcolo Excel®

RISULTATI. Nel triennio 2019-2021 è emerso un incremento delle principali antibiotico-resistenze KPC, MRSA, PCAR dal 23,9% nel 2019 al 31,9% nel 2021. Nel triennio 2019-2021 sono stati riscontrati 2385 casi di Klebsiella Pneumoniae di cui 616 (25%) hanno sviluppato una resistenza ai carbapenemi, 479 (77%) casi sono stati considerati validi per lo studio: Prevalenza nelle urine (65,5%), nell'UO Rianimazione (12,7%), con aumento casi di positività nel sangue (21 casi nel 1° semestre 2022). Nel triennio 2019-2021 sono state riscontrate 1458 infezioni da Pseudomonas aeruginosa di cui 291 (19,9%) hanno presentato una resistenza ai carbapenemi, di questi solo 260 (89%) sono considerati validi per lo studio: Prevalenza nel broncoaspirato (38,8%), nell'UO rianimazione (37,6%) Nel triennio 2019-2021 sono state riscontrate 1809 infezioni da Staphylococco aureus: 693 casi (38,3%) hanno presentato una resistenza alla meticillina dei quali solo 605 positività (87%) sono risultate valide per lo studio: Prevalenza nel pus (34,4%), nell'UO rianimazione (31,7%) Nel triennio 2019-2021 l'Area Vasta 5 ha sostenuto una spesa pari a 2 994 250,72, maggiormente riscontrata nel 2019 con una diminuzione nel 2020. È importante considerare la pandemia da Sars-Cov 2 nel 2020 e la diminuzione dei ricoveri.

LIMITI. Nonostante la conoscenza consolidata del ruolo dell'igiene delle mani nella prevenzione delle ICA, molti operatori sanitari ignorano in vari gradi il lavaggio delle mani. La letteratura internazionale riporta livelli di compliance variabili, dal 5% all'81%, con un valore medio del 40%

CONCLUSIONI. La diffusione della resistenza antimicrobica è una questione urgente che richiede un piano d'azione globale. Il Ministero della Salute, attraverso il CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie), ha finanziato – e continua a finanziare - numerosi progetti di collaborazione tra Regioni, enti centrali e strutture accademiche e di ricerca riguardanti l'AMR e le ICA: 1.Piano Nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020 2.Progetto INF-OSS: documento con indicazioni su specifiche misure di base per il controllo delle ICA 3.Global Patient Safety Challenge con il tema "Clean Care is Safer Care" 4.Adattamento in italiano di "Implementation manual to prevent and control the spread of carbapenem-resistant organisms at the national and health care facility level" pubblicato nel 2019 da OMS. 5.Safety Walk Round (SWR) 6.BUNDLE di pratiche evidence-based Da implementare Interventi informativi e educativi, infermieri di collegamento per il controllo delle infezioni (ICLN) e stewardship antimicrobica Utile proporre la somministrazione di un questionario agli operatori sanitari, per indagare il livello di conoscenza, di utilizzo, dei tempi di infusione degli antibiotici e le vie di trasmissione dei batteri nosocomiali.

Autore per la corrispondenza: Traini Tiziana - Corso di Laurea Triennale in Infermieristica - Sede di Ascoli Piceno - Email: t.traini@univpm.it

126. Infezioni batteriche e antibiotico-resistenza: uno studio osservazionale monocentrico

Traini Tiziana¹, Marcozzi Claudia¹, Traini Asja¹, Marcelli Stefano¹, Viviani Giancarlo¹, Fortunato Antonio²

¹Univpm, ²ASUR Marche Area Vasta 5

BACKGROUND. Le infezioni correlate all'assistenza, rappresentano un serio pericolo in ambito ospedaliero. Il diffondersi della pandemia Covid-19 potrebbe aver favorito l'aumento della diffusione delle infezioni e la relativa resistenza agli antibiotici, in quanto come trattamento terapeutico il più delle volte venivano utilizzati antibiotici ad ampio spettro, come emerge dalla letteratura internazionale (Donà D. et., al 2020).

OBIETTIVI. Osservare nel triennio 2019-2020-2021 l'andamento del numero dei casi delle infezioni batteriche, e la manifestazione del fenomeno di antibiotico-resistenza, riscontrate nelle unità operative dell'Area Vasta 5 (Stabilimenti Ospedalieri "C.&G. Mazzoni" di Ascoli Piceno e "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto). Selezionare la classificazione degli eventuali microrganismi e rilevare gli "alert organism" responsabili delle infezioni resistenti agli antibiotici.

METODI. Nello studio di tipo osservazionale-retrospettivo, monocentrico, no-profit senza previsioni di approcci terapeutici, sono stati inclusi soggetti, di ogni età, di entrambi i sessi, sottoposti a diverse procedure colturali (emocoltura, urinocoltura, broncoaspirato ecc.) per la raccolta di materiale biologico., degenti nelle strutture degli Stabilimenti Ospedalieri "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto e "C.&G. Mazzoni" di Ascoli Piceno. Sono stati esclusi i referti positivi per batteri che presentavano un N° di casi inferiore a 100, nel triennio 2019-2020-2021. I dati sono stati forniti dall'UO Laboratorio Analisi dell'ASUR Area Vasta 5 (Stabilimento Ospedaliero "C.&G. Mazzoni" di Ascoli Piceno), per gentile concessione del Direttore UOC e previa Richiesta di autorizzazione allo studio, alla DMO. L'analisi dei dati è avvenuta nel periodo 15 Gennaio 2022 – 30 Marzo 2022. stati codificati ed inseriti in un foglio di calcolo per le analisi (Microsoft Office Excel® 2019) e sono stati successivamente elaborati in base alla seguente suddivisione: Data della coltura del campione, reparto di isolamento, tipo di materiale biologico prelevato, Organismo rilevato, tipologia di coltura eseguita

RISULTATI. Dalla raccolta dati relativa all'anno 2019 sono stati ottenuti 5.297 casi (4.058 casi per i Gram- e 1.239 casi per i Gram+). Tra i Gram-, il ceppo maggiormente rappresentato è l'Escherichia Coli (2.278 casi) e tra i Gram+ è stato maggiormente osservato lo Staphylococcus Aureus (493 casi), considerando la variabile "Materiali Biologici", distribuiti prevalentemente nell'UO Medicina (Escherichia Coli 15,36%) e Rianimazione (Staphylococcus Aureus 18%) e nel campione broncoaspirato (41%) Nel 2020 sono stati isolati 5704 casi di infezione (4.755 casi per i Gram- e 949 casi per i Gram+). Tra i Gram-, il ceppo maggiormente rappresentato è l'Escherichia Coli (2.085 casi totali con una percentuale del 32,81% nelle urine). Tra i Gram+ è stato considerato lo Staphylococcus Aureus (350 casi, con una percentuale del 35% nel broncoaspirato) Nel 2021 sono stati registrati 7653 casi di infezione (6.181 casi per i Gram- e 1472 casi per i Gram+). Tra i Gram-, il ceppo maggiormente rappresentato è l'Escherichia Coli (1810 casi totali con una percentuale del 21% nel campione emocoltura). Tra i Gram+ è stato considerato l'Enterococco Faecalis (800 casi, con una percentuale del 54% nel campione emocoltura) Ai fini dello studio sono stati presi in considerazione i microrganismi ESBL+ (Escherichia Coli ESBL+, Klebsiella Pneumoniae ESBL+, Proteus Mirabilis ESBL+, Serratia Marcescens ESBL+), evidenziandone un aumento, in particolare negli anni 2020-2021. Il totale delle frequenze riferite ai batteri ESBL+ passano da 717 casi nel 2020 a 810 nel 2021, con un aumento maggiormente sensibile delle infezioni da Escherichia Coli ESBL+, evidenziando un incremento delle infezioni correlate all'assistenza e all'antibiotico resistenza nel triennio 2019-2021.

LIMITI. Indisponibilità di confronto con dati di altre realtà ospedaliere, poiché lo studio condotto è di tipo monocentrico

CONCLUSIONI. È stato osservato un aumento di casi di microrganismi ESBL+ durante il triennio considerato. Pertanto, è possibile pensare alla correlazione con il diffondersi della pandemia Covid-19, poiché da quanto emerso dalla letteratura internazionale vi è stato un uso elevato e sproporzionato degli antibiotici ad ampio spettro, nei pazienti ricoverati per Covid-19. Tale studio permette di fare alcune riflessioni sull'importanza della prevenzione, al fine di interrompere le trasmissioni da ICA, attraverso una formazione continua del personale sanitario, un adeguato utilizzo dei dispositivi individuali di protezione ed un corretto lavaggio delle mani. Se abbinata alle linee guida nazionali, la formazione del personale sanitario contribuisce alla riduzione delle ICA e della resistenza antimicrobica, garantendo una forza lavoro più qualificata e competente nel diventare IPC focal point o far parte del team, come descritto nel documento dell'OMS "Core Competencies for Infection Prevention and Control Professionals".

Autore per la corrispondenza: Traini Tiziana - Corso di Laurea Triennale in Infermieristica - Sede di Ascoli Piceno - Email: t.traini@univpm.it

127. Strategie in condizioni di carenza infermieristica: la figura dell'Osteopata a supporto della migliore riabilitazione in ambito pediatrico

Trani Alessia¹, Gatti Chiara², Marchetti Mara³, Mercuri Maurizio³
¹Fondazione Don Gnocchi, ²AOU delle Marche, ³Univpm

BACKGROUND. Secondo i dati OMS gli infermieri costituiscono quasi la metà della forza lavoro sanitaria globale e la stessa Organizzazione stima che il mondo avrà bisogno di altri 9 milioni di infermieri e ostetriche entro il 2030 (OMS, 2022). Barbara Mangiacavalli in un recente articolo, facendo riferimento alle sfide della professione infermieristica, afferma: "...E soprattutto è necessario affrontare la carenza infermieristica (programmazione universitaria, rischi svalutazione, ecc.) con particolare attenzione alla rilevazione del fabbisogno infermieristico pediatrico" e propone "un modello multiprofessionale, in sinergia, capace di favorire un rapporto interprofessionale vero e orientato all'appropriatezza dei ruoli e delle specifiche competenze per soluzioni organizzative innovative. Senza questo modello le reti territoriali, l'assistenza di prossimità e tutti quei principi che ci si è resi conto sul campo essere davvero indispensabili per completare un Servizio sanitario equo, universale e sostenibile, resteranno solo parole scritte sulla carta" (dalla rivista "L'infermiere" n°2, 2021). Perciò, un possibile strumento vincente per fronteggiare la carenza di infermieri potrebbe essere il cosiddetto "lavoro in équipe". Diviene, quindi, importante stimolare l'integrazione multidisciplinare delle diverse figure coinvolte nella cura e nella riabilitazione del paziente, allo scopo di migliorare non solo l'assistenza prestata al paziente, ma anche la qualità e la quantità del servizio prestato dai singoli professionisti implicati nel processo assistenziale. In ambito pediatrico, tra i tanti professionisti della salute interessati, uno in particolare si sta facendo strada, ovvero l'Osteopata.

OBIETTIVI. L'attuale ricerca ha esaminato la letteratura per verificare se l'osteopatia, applicata nel paziente pediatrico, può essere utile per fronteggiare la carenza del personale infermieristico.

METODI. L'identificazione degli studi è stata condotta attraverso una ricerca sui motori di ricerca PUBMED, utilizzando le parole chiave "carenza infermieristica" e "trattamento osteopatico" incrociandole con gli operatori booleani "AND", "OR" e "NOT", e Google Scholar. La ricerca è stata condotta da novembre 2022 a gennaio 2023.

RISULTATI. I risultati dei diversi studi indagati sull'argomento hanno mostrato un'associazione significativa tra trattamento osteopatico e riduzione della durata e quindi dei costi di degenza (Cerritelli et al., 2015; Lanaro et al., 2017; Cicchitti et al., 2020). Sono emersi anche notevoli benefici terapeutici del trattamento manipolativo osteopatico (OMT) nel ridurre sia i tempi di recupero che il costo finanziario delle cure mediche e della riabilitazione in terapia intensiva neonatale. L'OMT aggiuntivo aiuta la coordinazione dell'alimentazione nei neonati e riduce la necessità di un trattamento per la stitichezza ed è altamente efficace nel ridurre le complicanze sia dell'aspirazione che della polmonite acquisita nell'ambiente nei neonati prematuri (Roland et al., 2022). L'OMT è particolarmente utile e potenzialmente efficace anche per il raggiungimento dell'alimentazione orale nei neonati pretermine (Vismara et al., 2019). Infine, dalla letteratura emerge che la medicina osteopatica, quando applicata ai pazienti con polmonite, aiuta a ripristinare la salute incoraggiando la normale circolazione e la funzione immunologica (Yao et al., 2014).

LIMITI. Assenza di una rigorosa e sistematica metodologia di reclutamento degli studi, utilizzo di due soli motori di ricerca ed assenza di uno strumento di analisi critica della letteratura affine alla tipologia di ogni studio analizzato.

CONCLUSIONI. L'attuale ricerca suggerisce che i trattamenti osteopatici possono avere un ruolo importante nella gestione dell'ospedalizzazione dei pazienti pediatrici. Il trattamento dei pazienti pediatrici con la medicina complementare e alternativa potrebbe essere considerato un potenziale e promettente intervento da inserire nel sistema sanitario di routine. I risultati degli studi identificati mostrano l'efficacia dell'OMT nel ridurre la durata della degenza e dei costi in una popolazione di neonati prematuri nonché miglioramenti significativi in diversi esiti clinici. Inoltre, la potenziale efficacia dell'OMT per il raggiungimento di una valida alimentazione orale può rappresentare uno dei criteri per la dimissione dall'ospedale in riferimento ai neonati prematuri. Pertanto, tenendo conto dei suddetti aspetti della cura del paziente pediatrico, la riduzione della durata di degenza e altri aspetti migliorativi associati all'OMT, possono essere considerati un risultato importante in relazione sia allo stato clinico del paziente che all'impatto economico dei servizi forniti, nonché una strategia a supporto della carenza infermieristica.

128. Sviluppo professionale e figure sanitarie a confronto tra nuove conoscenze: l'integrazione tra Infermiere e Osteopata

Trani Alessia¹, Gatti Chiara², Marchetti Mara³, Mercuri Maurizio³
¹Fondazione Don Gnocchi, ²AOU delle Marche, ³Univpm

BACKGROUND. La letteratura dimostra che l'uso del trattamento manipolativo osteopatico potrebbe aiutare a ridurre il costo dei ricoveri e migliorare gli outcomes di salute dei pazienti. In particolare, i pazienti neonati, che per definizione sono "in divenire" e, quindi, necessitano di un'attenzione rivolta non solo alla risoluzione del problema specifico, ma anche alle ripercussioni che tale problema ha sul suo essere in continua evoluzione. Per questo motivo, un approccio olistico al paziente è fondamentale nella pratica clinica. Inoltre, un numero sempre crescente di genitori richiede cure osteopatiche pediatriche oltre alle cure mediche convenzionali per i loro bambini e adolescenti. Sarebbe, dunque, opportuno ridefinire i ruoli dei vari professionisti coinvolti nell'assistenza sanitaria verso una maggiore collaborazione ed integrazione indirizzata a migliorare non solo la qualità delle cure fornite, ma anche la professionalità degli specialisti che le prestano.

OBIETTIVI. La presente ricerca esamina la conoscenza da parte del personale infermieristico in merito alle competenze specifiche possedute dal professionista osteopata allo scopo di sviluppare un modello multiprofessionale capace di favorire un rapporto interprofessionale orientato all'appropriatezza, alla competenza specifica e alla conoscenza reciproca dei ruoli svolti dai singoli professionisti impegnati nella cura del paziente per poter sviluppare soluzioni organizzative innovative. La finalità è quella di perseguire e promuovere una collaborazione produttiva e un'assistenza unica orientata alla salute del paziente.

METODI. L'identificazione degli studi è stata condotta attraverso una ricerca sulla banca dati MEDLINE utilizzando le parole chiave "nursing professional development", "osteopathic treatment", "interprofessional collaboration", "nurs*" e "osteopath*" incrociandole con gli operatori booleani "AND", "OR" e "NOT. Inoltre, è stato interrogato anche il motore di ricerca GOOGLE SCHOLAR come le medesime keywords. La ricerca è stata condotta da novembre 2022 a gennaio 2023.

RISULTATI. Gli studi indagati sull'argomento in questione hanno dato i seguenti risultati. L'organizzazione interprofessionale e la formazione basate su modelli appropriati dovrebbero supportare lo sviluppo della collaborazione. Si raccomandano progetti di ricerca multidisciplinari (Supper et al., 2015). I corsi di formazione condivisi aiutano a potenziare i team sanitari collaborativi in modo che possano rispondere in modo adeguato ed efficace alle esigenze sanitarie individuali e locali (Huber, 2022). Secondo uno studio del 2016, non si può negare la presenza di deficit di conoscenza tra il personale ospedaliero per quanto riguarda la manipolazione osteopatica nei pazienti ospedalizzati, in particolare tra i dipendenti non medici (Smith-Kelly et al., 2016). Alcune ricerche hanno mostrato come gli studenti delle varie professioni sanitarie durante il corso di studi si avvicinano con un atteggiamento ostile ai programmi di istruzione interprofessionale, e quindi a professioni sanitarie diverse dalla propria (Michalec et al., 2013). Tuttavia, dagli studi emerge anche che esiste una certa collaborazione interprofessionale, che andrebbe ottimizzata, tra medici e osteopati che lavorano con pazienti pediatriche (Morin et al., 2017).

LIMITI. I principali limiti della ricerca sono l'assenza di una rigorosa e sistematica metodologia di reclutamento degli studi, l'utilizzo di due soli motori di ricerca e l'assenza di uno strumento di analisi critica della letteratura affine alla tipologia di ogni studio analizzato.

CONCLUSIONI. La presente ricerca mostra che la conoscenza riguardo l'osteopatia tra il personale ospedaliero sia carente o addirittura inesistente, ciononostante emerge come la formazione e l'organizzazione interprofessionale rappresentino lo strumento vincente per integrare le competenze, le conoscenze e le abilità di ogni figura professionale, allo scopo di ottenere migliori risultati per la cura del paziente ed accrescere la consapevolezza, la professionalità e la conoscenza reciproca delle figure sanitarie coinvolte nel percorso di cura. Alla luce di ciò, sarebbe opportuno promuovere una socializzazione anticipatoria, ovvero trasmettere fin dalla formazione l'importanza della cooperazione con le altre figure professionali e stimolare l'implementazione di progetti di ricerca multidisciplinari che includano maggiore collaborazione e riconoscimento professionale: un modello indispensabile per completare un servizio sanitario equo, universale e sostenibile con la massima professionalità e sinergia per la tutela della salute di tutti gli assistiti.

129. La formazione si deteriora rapidamente; uno studio osservazionale a distanza dal corso formativo

Tufoni Simona¹, Baglioni Isabella¹, Sarzana Fabio¹, Ceroni Enrico¹, Belà Monia²

¹Univpm, ²AST Fermo

BACKGROUND. La formazione continua e l'aggiornamento professionale rappresentano una leva strategica fondamentale in particolar modo nei contesti dell'emergenza, ovvero in situazioni critiche nelle quali l'acquisizione e/o il mantenimento di competenze manuali nell'esecuzione di manovre complesse, la prontezza decisionale e la capacità di lavorare in team divengono di vitale importanza per il buon esito degli interventi sanitari. Aspetto che assume specifico rilievo in riferimento alle patologie tempo dipendenti, per le quali in letteratura, il rispetto della finestra temporale di intervento sanitario, risulta determinante nel prevenire danni irreversibili e/o disabilità permanenti

OBIETTIVI. Condurre uno studio osservazionale per valutare l'efficacia, la stabilità e la persistenza della formazione o la eventuale revisione degli intervalli temporali nei corsi BLS e PTC.

METODI. Sono stati somministrati due questionari autoprodotti comprendenti due sezioni. La sezione 1 comprende i dati demografici: età, sesso, ruolo pratico, dipartimento di appartenenza e numero di anni di esperienza. La sezione 2 comprende il livello di preparazione teorica dei partecipanti attraverso dieci quesiti. Queste domande hanno esaminato le conoscenze dei partecipanti riguardo alla catena della sopravvivenza, alla profondità delle compressioni toraciche, al rapporto corretto con le ventilazioni, alla posizione corretta del corpo, al tempestivo e corretto utilizzo del defibrillatore semi-automatico (DAE), al metodo di valutazione del paziente traumatizzato, al riconoscere segni e sintomi per cui è fondamentale chiedere supporto, alla corretta immobilizzazione e mobilizzazione, alla scelta della destinazione finale. I questionari sono stati sottoposti al personale sanitario dipendente a tempo indeterminato dell'Area Vasta 4 A.S.U.R. Marche, che eseguì i corsi BLS e PTC nel 2017; ed al personale dipendente dell'Area Vasta 5 A.S.U.R. Marche (solo presidio di San Benedetto del Tronto) che eseguì il corso PTC nel 2017. La formazione in oggetto fu di tipo training della durata di 8 ore sviluppatasi in una unica giornata.

RISULTATI. Il BLS risulta avere un importante numero di risposte corrette; questo può derivare dal fatto che si tratta di un corso formativo dove le variabili cliniche sono limitate, quindi anche la metodica di approccio/trattamento non subisce importanti cambiamenti. Le tecniche di ventilazione e la definizione di gasping sono state l'errore più comune. Ciò potrebbe essere motivo di preoccupazione in quanto questo studio osservazionale mostra che gli infermieri hanno deficit teorici riguardo la ventilazione. Consideriamo comunque il fatto, che questo è argomento cui la letteratura scientifica da sempre meno rilievo. L'unico dato che segnale è che la più alta percentuale di risposte errate giunge dal personale con esperienza lavorativa >20 anni (69%). Il corso PTC invece ha riscontrato un notevole numero di errori nel test teorico. La gestione del paziente traumatizzato risulta essere certamente più difficoltosa; ci sono consistenti dinamiche patologiche da gestire con strategie risolutive eterogenee. Questo comporta una abilità mnemonica e metodica più accorta. In questo caso gli errori hanno una distribuzione omogenea nelle diverse caratteristiche demografiche, per esempio le risposte sbagliate sono venute dal 53% degli uomini; così come l'età di chi ha risposto in maniera imprecisa, varia dai 25 ai 52 anni. In questo test gli errori si ripetono maggiormente nelle risposte 2 e 6 dove il problema da afferrare e gestire è un parametro clinico; questo è da considerare di una certa serietà. Soprattutto se pensiamo che la formazione sulla gestione del paziente con trauma grave è riservata al personale che opera nel Dipartimento emergenza.

LIMITI. Lo studio condotto potrebbe risultare impreciso e questo dovuto all'esiguo numero di arruolati. In totale 115 soggetti hanno risposto al questionario su una popolazione di 380 individui. Inoltre sarebbe stato opportuno associare al test teorico una prova pratica con un caso clinico, per avere una risposta maggiormente precisa.

CONCLUSIONI. Eseguita correttamente, la gestione del paziente in ACC o affetto da trauma grave, può migliorare i risultati di outcome e i tassi di sopravvivenza. La letteratura evidenzia come coloro che hanno ricevuto formazione e istruiti regolarmente si avvicinano maggiormente alle linee guida esistenti rispetto a quelli che non lo hanno fatto. Ciò sottolinea l'importanza di regolari sessioni di addestramento obbligatorie per mantenere queste capacità vitali. Una formazione regolare e standardizzata può portare a miglioramenti nelle conoscenze, abilità e pratica di infermieri e professionisti della sanità. Il presente studio indica che i professionisti sanitari hanno deficit teorici relativi ai corsi in oggetto. Poiché le abilità si deteriorano rapidamente, nel nostro caso, le sessioni di riqualificazione potrebbero non essere abbastanza frequenti. Le questioni da affrontare sono primariamente due: la formazione di base dei professionisti sanitari e il mantenimento costante di una preparazione aggiornata rispetto a conoscenze che cambiano continuamente e che richiedono competenze adeguate.

Autore per la corrispondenza: Sarzana Fabio - Ospedale di Fermo - A. Murri - Email: f.sarzana@staff.univpm.it

130. La transizione di ruolo da studente a professionista sanitario: studio qualitativo fenomenologico

Tufoni Simona¹, Girotti Susi², Baglioni Isabella¹, Sarzana Fabio¹, Ceroni Enrico¹, Tursini Monica³

¹Univpm, ²Azienda Sanitaria Universitaria delle Marche, ³Azienda sanitaria Pescara

BACKGROUND. L'entrata in un nuovo contesto lavorativo per un neoassunto può risultare un momento traumatico, a maggior ragione se quest'ultimo è un neolaureato che si trova ad affrontare la sua prima esperienza lavorativa. Per neoassunto si intende non solo il personale che viene assunto alla sua prima esperienza in un contesto lavorativo, ma anche di un primo incarico affidato a un professionista con esperienza in altri contesti. Quindi egli si trova a dover mettere in gioco oltre alle conoscenze acquisite durante il Corso di Laurea in Infermieristica, anche un aspetto relazionale con l'assistito e l'equipe in cui deve inserirsi. Inoltre, la transizione di ruolo da studente a infermiere porta ad assumersi un carico di responsabilità che sono da gestire anche emotivamente. Un'adeguata formazione attraverso programmi specifici di inserimento dei neoassunti costituisce uno degli elementi fondanti per raggiungere un buon livello di socializzazione organizzativa. In molti giovani infermieri nascono delle insoddisfazioni, soprattutto nei primi tre anni di esercizio della professione, tali da far rivedere la propria scelta lavorativa fino all'intention to leave. È utile pertanto indagare i meccanismi che entrano in gioco nel fenomeno del cambiamento di ruolo da studente a infermiere.

OBIETTIVI. Indagare il vissuto degli infermieri riguardo la transizione di ruolo da studente a infermiere e in relazione all'inserimento nei contesti lavorativi.

METODI. È stato condotto uno studio qualitativo fenomenologico sul vissuto dei professionisti attraverso un campionamento di 15 infermieri laureati presso il Corso di Laurea in Infermieristica – Polo Didattico di Fermo dell'Università Politecnica delle Marche dall'Anno Accademico 2014/2015 e che hanno maturato un'esperienza professionale di almeno sei mesi. I contenuti delle interviste, eseguite face to face mediante audio-registrazione, sono stati determinati da domande-stimolo specifiche precostituite, rispondenti all'obiettivo dello studio. Le stesse interviste sono state poi analizzate secondo il metodo Colaizzi, estrapolandone le tematiche più significative.

RISULTATI. Dall'analisi delle interviste è emerso che l'assunzione delle responsabilità legate al ruolo generano uno stato d'ansia. L'inserimento nel contesto lavorativo suscita diversi stati d'animo come l'apprensione, la sensazione di inadeguatezza, la delusione. L'inserimento in un contesto lavorativo, nuovo per il neoassunto, genera la sensazione di "sentirsi spaesato", e per questo è fondamentale un percorso di affiancamento. Per raggiungere l'autonomia professionale e le competenze specifiche è importante avere tempo ed esperienza diretta sul campo. Inoltre, le difficoltà affrontate nella transizione di ruolo da studente a infermiere sono: capire il contesto, gestire in autonomia la responsabilità delle "risposte" da dare come professionista, gestire la somministrazione della terapia. Tuttavia la spinta motivazionale rimane alta.

LIMITI. Il disegno di studio selezionato non indaga le motivazioni oggettive di insoddisfazione

CONCLUSIONI. I risultati prodotti dalla ricerca confermano quanto riportato in letteratura sul tema trattato. Un percorso strutturato di affiancamento del neoassunto permette di agevolare il processo di socializzazione organizzativa, nodo cruciale del processo di inserimento; si lega positivamente ad esiti organizzativi (turnover e intention to leave) e professionali (soddisfazione) del neoassunto.

131. Percorso formativo per i professionisti coinvolti nelle case della comunità della provincia di Reggio Emilia (Puianello e Castellarano)

Violi Federica, Riboldi Benedetta, Negri Elisabetta, Ferri Marco, Storani Simone, Lavecchia Vincenzo, Pignatti Fabio, Greci Marina, Natalini Nicoletta
AUSL-IRCCS Reggio Emilia

BACKGROUND. Il DM 77 “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, prevede che all’interno delle Case della Comunità (CDC) “lavorino in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale”. La CDC si configura come luogo di lavoro multiprofessionale, punto di incontro e coordinamento tra servizi sanitari, socio-assistenziali e terzo settore. Affinché la transizione dalle Case della Salute alle CDC sia concreta, i professionisti che vi operano dovranno conoscere e mettere in atto un approccio che favorisca la messa in rete e in relazione tra loro, con la creazione di sinergie e integrazioni tra servizi, garantendo l’attuazione e lo sviluppo dei percorsi e una continuità della presa in carico. Inoltre dovranno essere in grado di garantire una risposta ai bisogni multidimensionali di salute della popolazione (salute fisica, mentale, sociale, spirituale) attraverso interventi di promozione della salute, di prevenzione, di diagnosi, cura, riabilitazione e assistenza, integrandosi non solo con i professionisti sanitari, ma anche avvalendosi della partecipazione delle famiglie e delle comunità locali.

OBIETTIVI. Si manifesta come prioritaria la necessità di diffondere tra i professionisti operanti presso le CDC della Provincia di Reggio Emilia un’adeguata conoscenza dei percorsi e degli strumenti organizzativi disponibili a livello aziendale e locale, degli strumenti per l’identificazione dei soggetti fragili e della stratificazione del rischio, lo sviluppo di attitudini alla collaborazione, al confronto e al lavoro in équipe, per rendere concreta l’integrazione dei servizi nei quali questi operano, la conoscenza delle caratteristiche e delle peculiarità del territorio su cui una Casa della Comunità si inserisce, delle risorse qui attivabili a livello sanitario e sociale. La sperimentazione di questo percorso formativo si colloca all’interno di un più ampio percorso partecipativo per coinvolgere la comunità in un cambio di paradigma culturale.

METODI. Per far fronte alle necessità rilevate e ai bisogni emersi, l’AUSL-IRCCS di Reggio Emilia ha previsto per l’anno 2023 la realizzazione di un percorso formativo pilota che avrà avvio in due CDC del territorio (Puianello e Castellarano), con il coinvolgimento di tutte le figure che operano all’interno delle strutture identificate. Il percorso formativo è accreditato e strutturato in 4 incontri. Tutti gli eventi si svolgeranno presso la CDC nella quale i professionisti prestano servizio. La formazione prevede per i discenti l’approfondimento delle tematiche ritenute di prioritario interesse non solo tramite lezioni frontali, ma anche garantendo particolare attenzione a momenti di discussione e condivisione tra i professionisti. Le tematiche riguarderanno: • La conoscenza reciproca dei professionisti che lavorano nella CDC e delle loro attività • La conoscenza delle risorse presenti e attivabili sul territorio da parte dei professionisti per pazienti/utenti • Il miglioramento delle competenze in ascolto e accoglienza per imparare a leggere i bisogni complessi dell’utenza • Il miglioramento delle competenze relazionali e sul lavoro in équipe per rafforzare il team e costruire strumenti di lavoro interni e di comunicazione • Il miglioramento delle competenze relative all’approccio integrato di comunità in un’ottica di “One Health” Infine, è prevista la presentazione e la discussione di un nuovo strumento denominato “Profilo di Comunità”. Tale strumento di reportistica si ispira all’esperienza dei “Profili di Salute” della Regione Emilia-Romagna, ma li modifica e integra con indicatori di processo ed esito che descrivano le caratteristiche sanitarie e non sanitarie della comunità afferente alla CDC. I report, elaborati dal Dipartimento di Cure Primarie, tramite l’utilizzo di dati provenienti dalle banche dati aziendali e regionali, permetteranno un’analisi della popolazione afferente alla struttura, dell’erogazione di prestazioni socio-sanitarie e l’eventuale sviluppo di servizi mirati ai particolari bisogni emersi.

RISULTATI. Dall’attuazione del percorso formativo precedentemente descritto si attende un miglioramento della modalità di presa in carico dei cittadini e dell’integrazione delle diverse professionalità.

LIMITI. Il processo formativo rappresenta un primo intervento pilota, sulla cui esperienza si struttureranno momenti per altre CDC.

CONCLUSIONI. I cambiamenti causati dalla recente pandemia, che ha reso particolarmente evidenti a livello globale alcune criticità dell’assistenza sanitaria, e l’elevato turnover di professionisti sanitari, che negli ultimi anni ha cambiato il panorama di riferimenti precedentemente consolidatosi nelle singole realtà, rendono nuovamente necessaria la presenza di momenti di formazione, ma anche di incontro, interazione e confronto tra professionisti al fine di integrare diverse dimensioni di intervento per una presa in carico globale degli utenti.

Autore per la corrispondenza: Violi Federica - Azienda Usl di Reggio Emilia - Email: fedevioli@hotmail.it

132. Creare valore da un contesto di crisi. Ospedale di Sassuolo: un nuovo patto tra Persona e Azienda, il benessere dell'una è lo sviluppo dell'altra

Vitone Mariangela
Ospedale di Sassuolo S.p.A.

BACKGROUND. Anche in ambito sanitario è crescente la difficoltà a reperire e trattenere in azienda risorse professionali sia in ambito medico che infermieristico. Un momento storico con tali caratteristiche del mercato del lavoro, richiede e spinge a operare sui sistemi di gestione e sviluppo del personale. L'Ospedale di Sassuolo S.p.A. (società controllata dalla PA, a gestione autonoma) persegue una mission pubblica ed è pienamente inserito nella rete dei servizi sanitari local

OBIETTIVI. Partendo da tale constatazione, e considerando che il livello qualitativo delle prestazioni è strettamente connesso con quello dei professionisti, è stata impostata una Politica di Gestione delle risorse umane che persegue tre macro obiettivi: 1. Attrarre e inserire professionisti con elevate competenze, sia tecniche che organizzative/relazionali 2. Curare lo sviluppo professionale del personale potenziando l'engagement e la retention 3. Supportare i Responsabili per rafforzare la loro capacità di management nell'ottica di una maggiore motivazione e coinvolgimento del personale.

METODI. A tal fine, è stata creata una Direzione Risorse Umane, che agisce come HR Business Partner con l'obiettivo di supportare lo sviluppo aziendale. A questa sono collegate le aree di Amministrazione e contrattualistica, Selezione e sviluppo organizzativo, Formazione e Comunicazione. Per prima cosa si è operato sui dati gestionali, per monitorare le principali variabili del personale (tasso assenteismo, turnover, straordinari...) e indirizzare al meglio le azioni da mettere in campo.

RISULTATI. Per far fronte in modo diretto alla carenza di personale, l'Ospedale ha lavorato sui processi di employer branding e recruiting, selezione e inserimento. Per attrarre un numero maggiore di medici specialisti è stato implementato il numero delle scuole di specializzazione in rete formativa mentre per la componente delle professioni sanitarie, sono state attivate borse di studio per gli studenti dell'ultimo anno del corso di laurea in infermieristica. In concomitanza con le sessioni di Laurea, inoltre, sono stati organizzati due Open Day, in cui l'Ospedale ha dialogato attivamente coi futuri infermieri. Per individuare professionisti in linea col ruolo da ricoprire, è stato definito un nuovo processo di selezione che, superando le logiche del concorso pubblico, si focalizza su competenze, motivazione e interessi dei singoli. Particolare attenzione è stata data al processo di inserimento, il cosiddetto onboarding, definendo per i neoassunti un percorso formativo di ingresso di 6 mesi. È partito anche il percorso di valutazione e sviluppo delle competenze tecniche, organizzative e relazionali che si pone l'obiettivo di definire, entro il 2023, piani di crescita per il personale nei prossimi tre anni. A dicembre 2022, per fronteggiare la carenza di infermieri, è stata avviata una selezione ad hoc che prevede l'erogazione di un premio fedeltà dopo tre anni dall'assunzione. In modo parallelo, si stanno ideando processi di sviluppo e formazione del personale. A questo proposito, è stato ridefinito il percorso di analisi del fabbisogno formativo in modo da renderlo rispondente alle necessità di sviluppo del singolo e in linea con le strategie aziendali. A titolo esemplificativo, negli ultimi due anni, sono stati organizzati corsi di "gestione della relazione" per sanitari e, in collaborazione con l'Università Cattolica di Milano percorsi di formazione taylor made sul management rivolti a direttori e coordinatori assistenziali. Al fine di rispondere alle crescenti richieste di avanzamento di carriera, in particolare da parte del personale infermieristico, è in corso di definizione un sistema di sviluppo professionale degli incarichi. Altro aspetto fondamentale è il benessere organizzativo del personale, applicando un modello di welfare che supporti la motivazione dei singoli e promuova l'equilibrio tra vita privata e lavoro. In questa ottica, anche se in via sperimentale, è stato avviato un progetto che ha permesso ai dipendenti con figli di fruire di due settimane gratuite di Centro Estivo, grazie al contributo della Fondazione Ospedale di Sassuolo Onlus.

LIMITI. Anche se le iniziative messe in atto sono destinate ad avere un impatto di più ampio respiro, si è potuto riscontrare un primo effetto positivo nell'aumentata capacità di attrarre personale.

CONCLUSIONI. L'approccio delineato è adottato per lo più in contesti privati da parte di aziende particolarmente evolute che vedono nella gestione HR un asset fondamentale a supporto degli obiettivi strategici. Tale approccio si configura come particolarmente innovativo nel settore sanitario e quanto mai utile in questa fase di carenza di risorse professionali disponibili, in quanto individua nelle tecniche HR introdotte non tanto un punto d'arrivo quanto uno strumento per raggiungere un obiettivo di interesse pubblico. Proprio in quest'ottica, l'Ospedale intende farsi promotore di un patto nuovo tra persona e azienda che possa essere occasione di crescita per entrambi.

Autore per la corrispondenza: Vitone Mariangela - Ospedale Civile di Sassuolo - Email: m.vitone@ospedalesassuolo.it

133. La rilevazione del work engagement infermieristico correlato al tirocinio clinico degli studenti infermieri

Zadro Marco Junior, Marcelli Stefano, Celani Linda, Traini Tiziana
Univpm

BACKGROUND. L'assistenza infermieristica è un'occupazione notoriamente ad alto stress - emotivamente faticosa e fisicamente drenante, con un'alta incidenza di burnout. Oltre agli effetti dannosi dello stress sulla salute e sul benessere degli infermieri, lo stress è anche un importante contributo all'attrito e alle carenze diffuse nella professione infermieristica. Attraverso il programma "BREATHE: Stress Management for Nurses" basato sul web, i partecipanti al gruppo del programma hanno sperimentato riduzioni significativamente maggiori. L'utilizzo di un programma basato sul web è estremamente promettente per fornire agli infermieri gli strumenti di cui hanno bisogno per affrontare lo stress correlato all'assistenza infermieristica (Rebecca K Hersch 1, 2016).

OBIETTIVI. Rilevare il livello di benessere lavorativo degli Infermieri in servizio presso i due stabilimenti ospedalieri dell'ASUR Area Vasta 5 ed indagare se la presenza di studenti infermieri tirocinanti nelle unità operative dell'AV 5, influisce o meno sul livello di benessere lavorativo dei singoli infermieri.

METODI. Studio osservazionale monocentrico di tipo trasversale, tramite campionamento casuale semplice degli infermieri afferenti alle unità operative dell'ASUR Area Vasta 5 (Ospedale Mazzoni di Ascoli Piceno e Ospedale Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto), condotto da dicembre 2021 a settembre 2022. Attraverso la pagina web dell'Istituto Superiore di Sanità, è stato calcolato il Sample Size: la dimensione del campione necessaria sufficiente per garantire un'adeguata valutazione dei risultati rappresentanti la popolazione target è di 281 unità di frequenza. Il questionario somministrato agli infermieri per la rilevazione del benessere lavorativo è l'Utrecht Work Engagement Scale (UWES[®], suddiviso in tre dimensioni: Vigore, Dedizione, Assorbimento). I dati sono stati raccolti mediante due procedure, la prima con la collaborazione dell'Infermiere coordinatore di unità operativa che somministrava i questionari agli infermieri, nel momento di avvicendamento del turno di servizio, e la seconda tramite somministrazione dei questionari agli infermieri direttamente dal ricercatore. Sono stati distribuiti n 300 questionari, ne sono stati restituiti 282 correttamente compilati. Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il programma Microsoft Excel[®]

RISULTATI. Dall'analisi dei dati raccolti è emerso che il livello di benessere lavorativo nei due Stabilimenti Ospedalieri "C.&G. Mazzoni" di Ascoli Piceno e "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto, risulta di poco inferiore rispetto a limite stabilito di positività o negatività. Il livello di benessere lavorativo si differenzia tra i due presidi studiati, difatti nel S.O. di Ascoli Piceno viene restituito un livello di benessere pari a 4,05 (+ 1,57), mentre dallo S.O. di San Benedetto del Tronto si ottiene una media di 3,74 (+ 1,47). La media tra questi due valori è la media globale sopracitata pari a 3,95 (+ 1,54). Esaminando le unità operative si osserva che in Rianimazione (4,48; + 0,86), Pronto Soccorso (4,48; + 0,98), Chirurgia (4,32; + 1,25) e Medicina (4,21; + 1,05) la media del livello di benessere lavorativo, sia nello stabilimento ospedaliero di Ascoli Piceno sia nello stabilimento ospedaliero di San Benedetto del Tronto, è superiore al punteggio limite stabilito. Attraverso l'analisi dei dati raccolti è emerso che la presenza di studenti infermieri in unità operativa durante il periodo di tirocinio clinico aumenta il livello di work engagement. Alti livelli di benessere lavorativo si riscontrano nelle unità operative di emergenza dove gli studenti infermieri sono al terzo, ed ultimo, anno di percorso di studi; essendo più esperti, hanno sempre bisogno di essere seguiti, ma essendo da più tempo inseriti nell'ambiente lavorativo riescono ad integrarsi nel contesto lavorativo.

LIMITI. Aderenza parziale da parte del personale sanitario, poiché non tutti gli infermieri eleggibili, hanno dato il loro consenso a partecipare allo studio.

CONCLUSIONI. Nelle unità operative Rianimazione e Chirurgia che adottano un modello organizzativo assistenziale 'primary nursing' e 'case management' (primary nursing di 2° livello), emerge un livello di benessere lavorativo maggiore rispetto ad altre unità operative che utilizzano il 'functional nursing'. Di conseguenza, adottare un modello organizzativo, come il "primary nursing", dove l'infermiere si preoccupa della salute di un numero max di 6 pazienti e stabilisce un piano di cura personalizzato e continuativo, produce dei vantaggi sia per il paziente sia per miglioramento del livello di work engagement ed empowerment dell'infermiere. Nelle unità operative dove sono presenti i tirocinanti infermieri è risultato un livello di work engagement maggiore poiché essendo portatori di nuove motivazioni, gli studenti tendono ad innescare nuove sfide formative, favorendo la capacità di rin vigorire il senso di appartenenza degli infermieri strutturati.

Autore per la corrispondenza: Traini Tiziana - Corso di Laurea Triennale in Infermieristica - Sede di Ascoli Piceno -
Email: t.traini@univpm.it



#salviamoSSN

Fondazione GIMBE
Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

Via Amendola, 2
40121 Bologna
Tel. 051 5883920
info@gimbe.org
www.gimbe.org