

Programma e Abstract Book

3° Congresso EfCCNa e 27° Congresso Aniarti

Influencing Critical Care Nursing in Europe

Influire sull'assistenza infermieristica di area critica in Europa

9 – 11 Ottobre 2008

Firenze – Italia



European federation of Critical
Care Nursing associations

associazione nazionale
infermieri di area critica

www.efccna2008.aniarti.it

www.efccna.org

www.aniarti.it

INDICE

	PAGINA
BENVENUTO	1
ORGANIZZAZIONE	2
INVITATI PER LE LETTURE MAGISTRALI	3
SPONSORS	5
SEDE DEL CONGRESSO	6
MAPPA DELLA SEDE	7
PROGRAMMA	
Giovedì, 9 Ottobre 2008	8
Venerdì, 10 Ottobre 2008	11
Sabato, 11 Ottobre 2008	17
PREMI EfCCNa - Aniarti	20
PARTY CONGRESSUALE	22
INFORMAZIONI GENERALI	23
PRESENTAZIONE ABSTRACTS ORALI	
Giovedì, 9 Ottobre 2008	25
Venerdì, 10 Ottobre 2008	41
Sabato, 11 Ottobre 2008	77
PRESENTAZIONE ABSTRACTS POSTER	89

BENVENUTI

Cari Colleghi,

A nome dell'Aniarti (Associazione nazionale infermieri di area critica) e della Federazione europea delle associazioni di infermieri di area critica (EfCCNa) abbiamo il grande piacere di darvi il benvenuto al 3° Congresso EfCCNa e 27° Congresso Aniarti.

Questo congresso, unico per due organizzazioni di infermieri, indica la forza della collaborazione e della motivazione degli infermieri di area critica suggerita dal motto dell'EfCCNa: *lavorare insieme – ottenere di più*. Questo congresso si propone di evidenziare ed espandere la collaborazione che già esiste in Europa. E' ancora più importante lo scopo di costruire nuovi rapporti internazionali, scambiare idee, esperienze e conoscenze per far avanzare la nostra consapevolezza dell'assistenza infermieristica di area critica europea.

Il tema del congresso, ***Influire sull'assistenza infermieristica di area critica in Europa***, ha lo scopo di affrontare gli argomenti chiave per gli infermieri coinvolti nell'assistenza lungo tutto l'arco della vita dei malati, cominciando dalla nascita e fino all'età più avanzata. Il programma comprende vari argomenti di clinica, formazione e ricerca, che sollevano un forte interesse ed in grado di provocare i partecipanti in dibattiti intellettuali. Tutti gli argomenti rispecchiano le attuali sfide incontrate dagli infermieri europei di area critica interessati a fornire un'assistenza di alta qualità ai loro malati ed alle comunità.

Il comitato scientifico internazionale è particolarmente felice di annunciare che abbiamo ricevuto 244 abstract di colleghi da tutta l'Europa come pure da paesi come Australia e Stati Uniti d'America. Il programma presenta 24 sessioni scientifiche con oltre 112 interventi d'aula e circa 100 poster. Sarete combattuti per l'ampia possibilità di scelta ed intellettualmente stimolati dalle proposte e dall'inventiva dei relatori. Su questa base, siamo fiduciosi che ciascuno possa trovare il programma scientifico un'esperienza formativa arricchente.

Noi speriamo che possiate cogliere la grande opportunità di mettervi in contatto e stringere nuovi rapporti con altri colleghi. Infine, inutile dire che contiamo sinceramente che possiate anche godere dell'ospitalità e del calore delle persone, della raffinata cucina e della storica cultura di Firenze.

Lasciatevi ispirare e godetevi Firenze!



Jos M. Latour
Co-chairman
International Organising
Committee



Elio Drigo
Co-chairman
International Organising
Committee



John W. Albarran
Co-chairman
International Scientific
Committee



Fabrizio Moggia
Co-chairman
International Scientific
Committee



ORGANIZZAZIONE

COMITATO ORGANIZZATIVO INTERNAZIONALE

Jos Latour, Olanda, Co-chairman
Elio Drigo, Italia, Co-chairman
Daniel Benlahoués, Francia
Gianfranco Cecinati, Italia
Evanthia Georgiou, Cipro
Maria Luisa Hohl, Svizzera
Marco Marseglia, Italia
Andrea Mezzetti, Italia
Mette Ring, Danimarca

COMITATO SCIENTIFICO INTERNAZIONALE

John Albarran, Gran Bretagna, Co-chairman
Fabrizio Moggia, Italia, Co-chairman
Carmen Aisian, Spagna
Aysel Badir, Turchia
Maria Benetton, Italia
Ingrid Egerod, Danimarca
Anne Kokko, Finlandia
Rita Megliorin, Italia
Tone Norekvål, Norvegia
Elizabeth Papathanassoglou, Grecia
Julie Scholes, Gran Bretagna

SPEAKERS INVITATI

Elio Drigo, Presidente Aniarti, Specializzato in Area Critica, Italia
Trine Hedegaard Holgersen, Responsabile dello sviluppo professionale, Danimarca
Fiona Lynch, Infermiere Consulente, Gran Bretagna
Professor Julie Scholes, Professore di Nursing, Gran Bretagna
Annalisa Silvestro, Presidente Federazione Nazionale Collegi IPASVI, Italia
Elizabeth Papathanassoglou, Assistente Professore, Critical Care Nursing, Grecia
Dominique Vandijck, Candidato Dottorato, Belgio

CONGRESS OFFICE

Aniarti
Via Val di Sieve 32
50127 Firenze – Italia
Phone: +39 (0)55 434677
Fax: +39 (0)55 435700
Email: efccna2008@aniarti.it

AGENZIA VIAGGI

Aliwest
Via Paganini 30/36
50127 Firenze – Italia
Phone: +39 (0)55 4221201
Fax: +39 (0)55 417165
Email: congressi@aliwest.com

INVITATI PER LE LETTURE MAGISTRALI



Trine Hedegaard Holgersen, Responsabile dello sviluppo professionale, Danimarca

Trine ha avuto una formazione in assistenza infermieristica. Il suo ruolo principale si è focalizzato sulle strategie per lo sviluppo professionale e l'ha portata ad interessarsi dello sviluppo nell'ambito della pratica clinica, del management, della formazione e delle condizioni di lavoro.



Fiona Lynch, Infermiere Consulente, Gran Bretagna

Fiona Lynch è un'infermiera consulente che lavora nella Terapia Intensiva Pediatrica (PICU) all'Evelina Children's Hospital, di Londra. Il focus clinico del suo ruolo è quello di Infermiera di Soccorso: è responsabile per la sicurezza del trasporto dei bambini in situazione critica. Il suo ruolo comprende la formazione e lo sviluppo dello staff in particolare la promozione delle abilità assistenziali avanzate in terapia intensiva pediatrica (PICU). Altri aspetti del suo ruolo includono la consulenza strategica, sviluppo di servizi e del programma di ricerca in PICU. È attualmente la Presidente Infermieristica della Società Europea di Pediatria e di Cure Intensive Neonatali (ESPNIC).



Julie Scholes, Università di Brighton, Gran Bretagna

Julie Scholes è Professore di Nursing all'Università di Brighton. La sua formazione clinica è in assistenza in Area Critica e Traumatologia ed ha sempre avuto un interesse particolare per le modalità con cui lo staff può dare consistenza alle proprie potenzialità terapeutiche. Il suo portfolio di ricerca si distribuisce in un focus che coglie la pratica reale e le implicazioni per la formazione, lo sviluppo della pratica e i nuovi indirizzi sul modo di lavorare che vanno incontro ai programmi per modernizzare le cure sanitarie. Ha pubblicato oltre 50 articoli e pronunciato 40 lezioni magistrali sia in ambito nazionale che internazionale.

Attualmente è co-editore di *Nursing Critical Care*.



Annalisa Silvestro, Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI e Direttore di Servizi Sanitari, Italia

Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche, Direttore del Servizio per le Professioni Sanitarie. La dott.ssa Silvestro è attualmente Direttore del Servizio per le Professioni Infermieristiche, Tecniche e della Riabilitazione dell'Azienda ULS di Bologna. L'esperienza formativa della Dott.ssa Silvestro include, tra l'altro, il Dottorato in Infermieristica dell'Università di Trieste come Professore a Contratto, l'Università di Udine e Pordenone con il corso integrato di Economia Sanitaria e Management Infermieristico. E' stata docente di Responsabilità Professionale Infermieristica e Organizzazione Sanitaria all'Università di Firenze e all'Università di Ferrara per i corsi di Master in scienze infermieristiche.

Annalisa è membro del Consiglio Superiore di Sanità, membro della Commissione Cure Primarie e della Commissione Salute Femminile del Ministro della Salute. Vicepresidente di Anarti (Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica) fino al 2007. E' attualmente Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI in Italia.



Elizabeth Papathanassoglou, Professore Assistente in Assistenza Infermieristica in Area Critica, Grecia

Dr. Elizabeth Papathanassoglou è Professore Assistente in Assistenza Infermieristica in Area Critica all'Università di Atene. Ha ricevuto il suo Bachelor in Nursing dall'Università di Atene, il Master dal programma di collaborazione Inter-Università Europea Erasmus ed il PhD dall'Università di Rochester, New York, USA. Ha condotto studi post-dottorato e ricerca alla Scuola Medica di Harvard, Boston, Massachusetts, USA. Mantiene un attivo coinvolgimento in attività di ricerca. Ha pubblicato 35 ricerche originali in riviste con revisori esperti. Gli interessi della sua ricerca coniugano la scienza di base con la gestione infermieristica di pazienti acuti e i metodi qualitativi.



Dominique Vandijck, Candidato al Dottorato, Belgio

Dominique Vandijck è ricercatore universitario al Dipartimento di Cure Intensive dell'Ospedale Universitario di Ghent e candidato PhD alla Facoltà di Medicina e Scienze della Salute dell'Università di Ghent. Inoltre, è collaboratore del Centro di Interfacoltà per la Ricerca Economica Sanitaria dell'Università di Ghent. La sua formazione include la formazione infermieristica, un speciale diploma in Emergenza e Cure Intensive, e un diploma in elettrocardiografia post-accademico. Ha ottenuto anche un Master in Scienze Medico-Sociali (indirizzo Management Sanitario e Politica) all'Università di Ghent, un Master in Management dei servizi alla Scuola di Management Vlerick Leuven di Ghent, un diploma post laurea in Analisi Statistica (Università di Ghent) e un diploma postlaurea in Statistica Biomedica (Università di Ghent). I principali argomenti della sua ricerca includono la prevenzione e il controllo delle infezioni, e temi economico-sanitari relativi alla medicina in Terapia Intensiva. Attualmente è uno dei principali ricercatori e gestori di progetto del gruppo di ricerca sugli outcome di cura di Ghent, dipartimento di Economia Sanitaria. E' stato autore o co-autore di oltre 40 articoli su riviste e capitoli di libri negli ultimi due anni.



SPONSORS

Il Comitato Organizzativo Internazionale, EfCCNa ed Aniarti ringraziano le seguenti aziende per il loro generoso supporto per la realizzazione del congresso:

AGENZIA PER LA FORMAZIONE ULS 11 EMPOLI	http://formazione.uls11.toscana.it
BECTON & DICKINSON	www.bd.com
BRISTOL-MYERS SQUIBB Division CONVATEC	www.convatec.com
CAIR ITALIA Srl	www.cairitalia.it
CARDINAL HEALTH 311 Srl ITALY	www.cardinal.com
COVIDIEN	www.covidien.com
COREMEC Srl	www.coremec.it
DRAEGER MEDICAL ITALIA SPA	www.draeger.it
EPISCAN	www.episcan.eu
FISHER & PAYKEL HEALTHCARE ITALIA	www.fphcare.co.nz
FRESENIUS KABI ITALIA	www.fresenius-kabi.com
HAROL	www.harol.it
HILL ROM SPA	www.hill-rom.com
HOLLISTER SPA	www.hollister.com
ICU MEDICAL EUROPE	www.icumed.com
LAERDAL	www.laerdal.com
KCI MEDICAL Srl	www.kci-medical.com
MASIMO EUROPE LIT	www.masimo.com
MEDIVAL	www.medival.it
M.O.S.S.	www.moss-info.it
NEUMED	www.neumed.com
RESPIRONICS ITALY Srl	www.respironics.com
SAGO MEDICA Srl	www.sagomedica.it
SANITARIA SCALIGERA	www.sanitariascaligera.com
SERRES OY	www.serres.fi
STARMED SPA	www.starmedspa.com
VYGON ITALIA Srl	www.vygon.it

SEDE DEL CONGRESSO

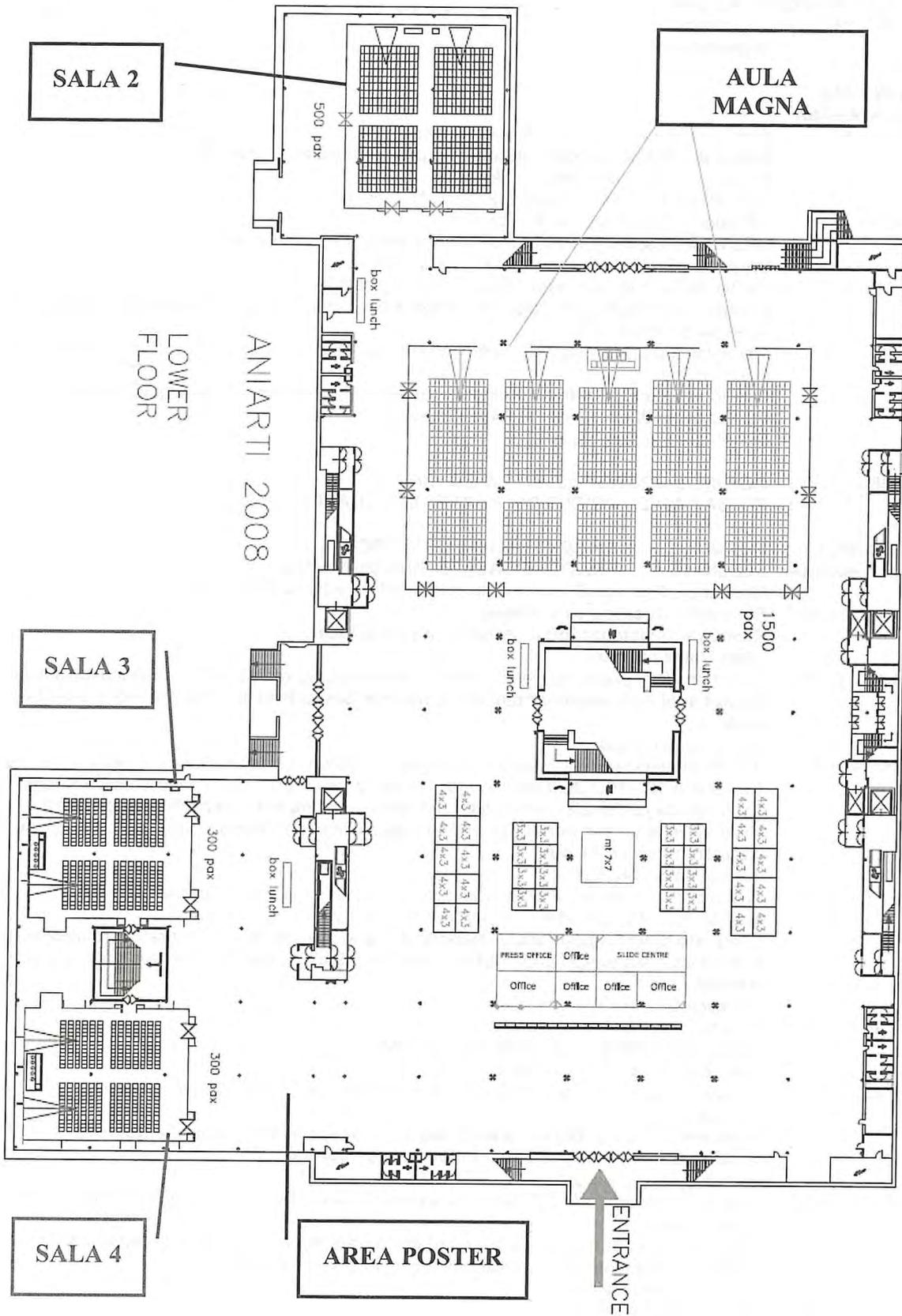
Fortezza da Basso
Viale Strozzi, 1
50129 Firenze – Italia
Tel. +39 055 49.721

La Fortezza da Basso è una fortezza costruita fra il 1533 e il 1535. Il congresso si terrà nel Padiglione Centrale interno alla Fortezza da Basso, che si trova a breve distanza dal centro di Firenze, vicino alla Stazione ferroviaria Centrale di Santa Maria Novella ed agli hotel del congresso. L'aeroporto di Firenze si raggiunge in 15 minuti di auto. Saranno esposte delle segnaletiche che indicheranno ai partecipanti l'ingresso riservato alla fortezza.



Fortezza da Basso, Padiglione Centrale, Firenze, Italia

MAPPA DELLA SEDE



PROGRAMMA

GIOVEDÌ, 9 OTTOBRE 2008

REGISTRATION DESK

BANCO DI REGISTRAZIONE

11:00 – 13:30 *Registration*
Registrazione

MAIN HALL

AULA MAGNA

- 13:30 – 13:45 *Welcome by the Chairs and Award Winners*
Saluto dei Presidenti del Congresso e proclamazione dei vincitori
Elio Drigo, Italia e Jos Latour, Olanda
John Albarran, Gran Bretagna e Fabrizio Moggia, Italia
- 13:45 – 14:05 *Influencing Critical Care in Europe*
Influire sull'assistenza infermieristica di area critica in Europa
Wouter de Graaf, Past-President EfCCNa, Olanda
- 14:05 – 14:25 *Caring and Curing: which paradigm for nursing care of the future?*
Curare e prendersi cura: quale paradigma per l'assistenza infermieristica nel futuro?
Annalisa Silvestro, Italia
- 14:25 – 14:45 *Managing and controlling cross infection in critical care environments: using evidence based interventions*
Gestione e controllo delle infezioni crociate negli ambienti di terapia intensiva: utilizzazione di interventi basati sulle evidenze
Dominique Vandijck, Belgio
- 14:45 – 15.30 *COFFEE & POSTER VIEWING & EXHIBITION*
PAUSA CAFFE', VISIONE DEI POSTER E DELL'AREA ESPOSITIVA
- MAIN HALL SESSION 1 EVIDENCE-BASED PRACTICE**
AULA MAGNA SESSIONE 1 PRATICHE BASATE SULL'EVIDENZA
Moderatori: Bronagh Blackwood, Irlanda del Nord e Silvia Scelsi, Italia
- 15:30 – 15.45 *Research and critical care nursing*
Ricerca e assistenza infermieristica in area critica
Lucia Matteucci, Italia
- 15:45 – 16.00 *How many light years are we far from Evidence Based Practice (EBP)? Finding a black hole.*
Quanti anni luce siamo lontani dall'Evidence Based Practice (EBP)? Trovare un buco nero
Enrico Lumini, Italia
- 16:00 – 16:15 *A Multi-Phased National Project to Test and implement Evidence Based Nursing related to oral care practices of intubated atients: some lessons are learned the hard way*
Un progetto nazionale multi-fasico per testare ed implementare l'Evidence Based Nursing relativo alle cure igieniche del cavo orale in pazienti intubati: alcune lezioni s'imparano con difficoltà
Julie Benbenishty, Israele
- 16:15 – 16:30 *The impact of multi-disciplinary weaning guidelines; audit results on the length of time patients spend on the ventilator post cardiac surgery*
L'impatto di linee-guida multi-disciplinari sullo svezzamento: risultati di revisione sulla durata del tempo che i pazienti post cardiocirurgici trascorrono collegati al ventilatore
Kathleen Gough, Gran Bretagna
- 16:30 – 16:45 *Evidence-based nursing meeting practice*
L'Evidence-based nursing incontra la pratica
Inger Emilie Værland, Norvegia
- 16:45 – 17:00 *Scottish nurses' decision-making about the weaning from mechanical ventilation. An ethnographic pilot study*
Il decision-making degli infermieri scozzesi riguardo allo svezzamento dalla ventilazione meccanica. Uno studio pilota etnografico
Claire Kydonaki, Scozia
- 17:00 – 17:15 *Quality Improvement in ED triage: reviewing decision-making flowcharts through evidence-based practice*
Miglioramento di qualità nel triage di pronto soccorso: revisionare i diagrammi di flusso del decision-making attraverso l'evidence-based practice
Stefano Bambi, Italia
- 17:15 – 17:30 *Discussione Generale*

HALL 2	SESSION 2	DELIVERING PATIENT CARE
SALA 2	SESSIONE 2	PRATICHE ASSISTENZIALI
	Moderatori: Anne Kokko, Finlandia e Paul van der Heiden, Svizzera	
15:30 – 15.45	<i>Effect of bathing on vital signs in bedridden patients</i> L'effetto del bagno a letto sui parametri vitali nei pazienti allettati Ülkü Yapucu Güneş, Turchia	
15:45 – 16.00	<i>Association between stress neuropeptide levels, pain and nursing interventions in critically ill patients</i> L'associazione tra i livelli dei neuropeptidi dello stress, il dolore e gli interventi infermieristici nei pazienti critici Meropi Mpouzika, Grecia	
16:00 – 16:15	<i>Reducing ventilator - associated pneumonia in ICU</i> Riduzione delle polmoniti associate ai ventilatori nei reparti di terapia intensiva Eva Joelsson-Alm, Svezia	
16:15 – 16:30	<i>Prone position in patients with severe traumatic head Injury: our experience in a trauma Intensive Care Unit</i> La posizione prona nei pazienti con grave trauma cranico: la nostra esperienza in una terapia intensiva traumatologica Molano Álvarez E, Spagna	
16:30 – 16:45	<i>The impact of a staff awareness programme on noise levels in three adult intensive care units</i> L'importanza di un programma di vigilanza dello staff sui livelli di rumore in tre terapie intensive per adulti Annette Richardson, Gran Bretagna	
16:45 – 17:00	<i>Incidence of ICU-delirium in Denmark</i> L'incidenza di delirio da terapia intensiva in Danimarca Helle Svenningsen, Danimarca	
17:00 – 17:15	<i>Comparison the effectiveness of the polyethylene cover versus carbomer eye drop to prevent damage due to dry eye in intensive care patients</i> Confronto tra l'efficacia di dispositivi di copertura in polietilene e gocce oftalmiche di carbomeri per prevenire i danni da secchezza dell'occhio nei pazienti di terapia intensiva Elem Kocacal, Turchia	
17:15 – 17:30	Discussione Generale	
HALL 3	SESSION 3	USE OF COMPLEMENTARY THERAPIES
SALA 3	SESSIONE 3	USO DI TERAPIE COMPLEMENTARI
	Moderatori: Heike Strunk, Germania e Ilaria Cossu, Italia	
15:30 – 15.45	<i>Medical Art Therapy: influence on quality of life and compliance of patients with advanced heart failure</i> L'arte-terapia medica: influenza sulla qualità di vita e sulla compliance di pazienti con infarto avanzato Noga Sela, Israele	
15:45 – 16.00	<i>Introduction of aromatherapy-massage on a PICU</i> Introduzione del massaggio aromaterapico in una terapia intensiva pediatrica Marjan de Jong, Olanda	
16:00 – 16:15	<i>Does tea tree oil (TTO) body wash prevent Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) colonization in ICU patients? Research protocol for a randomized controlled trial</i> Il lavaggio del corpo con l'olio della pianta del thé previene la colonizzazione dello Stafilococco Aureo Meticillina-Resistente (MRSA) nei pazienti di terapia intensiva? Protocollo di ricerca per uno studio controllato randomizzato Gillian Thompson, Irlanda del Nord	
16:15 – 16:30	<i>Effectiveness of music therapy in critical illness: a metanalysis</i> Efficacia della musico-terapia nei malati critici: una metanalisi Demetra Tsakoumaki, Grecia	
16:30 – 16:45	<i>The effects of the music therapy on quality of life in patients with cancer pain</i> Gli effetti della musico-terapia sulla qualità di vita nei pazienti con dolore da cancro Monica Massa, Italia	
16:45 – 17:00	<i>The effect of music therapy on physiological signs of anxiety in patients receiving mechanical ventilatory support</i> L'effetto della musico-terapia sui segni fisiologici dell'ansia nei pazienti con supporto ventilatorio meccanico Esra Akin Korhan, Turchia	
17:00 – 17:15	<i>The music therapy in the patient in a coma in Intensive Care Unit: a pilot study</i> La musico-terapia nel paziente in coma in terapia intensiva: uno studio pilota Debora Cesar, Italia	
17:15 – 17:30	Discussione Generale	

HALL 4	SESSION 4	TRAINING & EDUCATION
AULA 4	SESSIONE 4	ADDESTRAMENTO & FORMAZIONE
	Moderatori: Evanthia Georgiou, Cipro e Grazia Marcianesi, Italia	
15:30 – 15.45	<i>Experiences of nursing students training in intensive care unit: a phenomenological study</i> Esperienze di studenti infermieri tirocinanti in terapia intensiva: uno studio fenomenologico	
	Sevinc Tastan, Turchia	
15:45 – 16.00	<i>New graduate nurses in critical care setting: novices in intensive care unit</i> Infermieri neolaureati in ambiente intensivo: novizi in terapia intensiva	
	Farida Saghafi, Australia	
16:00 – 16:15	<i>Competence of Nursing Care - a comparison of parental and physician expectations regarding the competence of nursing care on a neonatal intensive care unit</i> Competenza dell'assistenza infermieristica – un confronto delle aspettative dei familiari e dei medici riguardo le competenze dell'assistenza infermieristica in una terapia intensiva neonatale	
	Martina Giessen-Scheidel, Germania	
16:15 – 16:30	<i>Tool for interactive learning and daily assistance - TILDA</i> Strumento per la conoscenza interattiva e l'assistenza quotidiana – TILDA	
	Sue Harden, Svezia	
16:30 – 16:45	<i>The importance of advanced level for specialist nurse program in intensive care nursing</i> L'importanza di un programma di livello avanzato nell'ambito dell'assistenza infermieristica in area critica per l'infermiere specialista	
16:45 – 17:30	Discussione Generale	

EXHIBITION AREA
AREA ESPOSITIVA

17:30 – 18:00	POSTER VIEWING VISITA AI POSTER
18:00 – 19:30	OPENING EXHIBITION APERTURA DELLA MOSTRA

PROGRAMMA

VENERDÌ, 10 OTTOBRE 2008

MAIN HALL

AULA MAGNA

08:45 – 09:00

Welcome

Saluto di benvenuto

Jos Latour, Olanda

09:00 – 09:25

Clinical practice improvement by influencing critical care nursing in Europe

Migliorare la pratica clinica influenzando sull'assistenza infermieristica di area critica in Europa

Trine Holgersen, Danimarca

MAIN HALL

AULA MAGNA

SESSION 5 FAMILY VISITING IN CRITICAL CARE

SESSIONE 5 LE VISITE DEI PARENTI IN AREA CRITICA

Moderatori: Jos Latour, Olanda e Elio Drigo, Italia

09:30 – 09:45

Managing culture, spirituality and diversity in paediatric intensive care nursing: what are the challenges?

Gestire la cultura, la spiritualità e la diversità nell'assistenza infermieristica intensiva pediatrica: quali sono le sfide?

Fiona Lynch, Gran Bretagna

09:45 – 10:00

Paediatric intensive care: comparison of closed versus open visiting

Terapia intensiva pediatrica: confronto tra terapia intensiva chiusa e aperta

Giorgia Paesotto, Italia

10:00 – 10:15

'Nursing in public': The impact of an open visiting policy on ICU nurses

"Fare assistenza in pubblico": l'impatto di una politica di terapie intensive aperte sugli infermieri di area critica

Susanne Kean, Gran Bretagna

10:15 – 10:30

'Visiting Policies in Intensive Care Units- A Survey of German ICU Nurses' views

Linee di condotta sulle visite in Terapia Intensiva - uno sguardo generale sui punti di vista degli infermieri delle terapie intensive tedesche

Stefan Juchems, Germania

10:30 – 10:45

Don't open that door: perceptions and needs of family members at the Emergency Department waiting room

Non aprire quella porta: percezioni e bisogni di familiari nella sala d'attesa di Pronto Soccorso

Martino Donnini, Italia

10:45 – 11:00

Should we open or close the ICU for family members?

Dovremmo aprire o chiudere le terapie intensive ai familiari?

Alberto Giannini, Italia

HALL 2

AULA 2

SESSION 6 STAFF, WORKLOAD & STRESS

SESSIONE 6 STAFF, CARICO DI LAVORO E STRESS

Moderatori: Judith Jakab, Ungheria e Giovanni Becattini, Italia

09:30 – 09:45

Nursing activities based on Nursing Activities Score in the Polish intensive care units

Attività infermieristiche basate sul Punteggio delle Attività Infermieristiche nelle terapie intensive polacche

Cudak Edyta Katarzyna, Polonia

09:45 – 10:00

Managing daily activities at the ICU. Charge nurses under the weight of information

Gestire le attività quotidiane in terapia intensiva. Gli infermieri responsabili dell'assistenza sotto il peso delle informazioni

Helja Kristiina Lundgrén-Laine, Finlandia

10:00 – 10:15

A comparison of Greek nurses' and patients' perceptions of intensive care unit stressors.

Un confronto della percezione dei fattori di stress in terapia intensiva da parte degli infermieri e dei pazienti greci

Nikolaos Efstathiou, Gran Bretagna

10:15 – 10:30

Burnout syndrome in ICU

La sindrome di burnout in terapia intensiva

Adriano Friganovic, Croazia

10:30 – 10:45

Preventing compassion fatigue and reaffirming purpose in nursing

Prevenire il logoramento da compassione e riaffermare i fini nell'infermieristica

Vidette Todaro-Franceschi, USA

10:45 – 11:00

Influence of nursing workload on tight glycemetic control

L'influenza del carico di lavoro infermieristico sul controllo frequente della glicemia

Francisco Javier Carmona, Spagna

HALL 3	SESSION 7	CARDIOVASCULAR CARE
AULA 3	SESSIONE 7	ASSISTENZA CARDIOVASCOLARE
09:30 – 09:45	Moderatori: John Albarran, Gran Bretagna e Federica Perigentili, Italia	<i>The heart care team: developing the itinerary of patients with ST elevation myocardial infarction</i>
		Il team di assistenza cardiologica: sviluppo del percorso per i pazienti con soprasslivellamento ST nell'infarto del miocardio
09:45 – 10:00	Cinzia Casini, Italia	<i>Implementing clinical pathway for acute coronary syndrome: nursing perspective</i>
		Applicazione di protocolli clinici per la sindrome coronarica acuta: prospettiva infermieristica
10:00 – 10:15	Maruša Brvar, Slovenia	<i>The integration between computerized documentation, guidelines and evidence based nursing can be a way to best practice: a pilot experience in coronary care unit</i>
		L'integrazione tra la documentazione informatica, le linee guida e l'evidence based nursing possono rappresentare una strada per la miglior pratica clinica: un'esperienza pilota in terapia intensiva coronarica
10:15 – 10:30	M. Hoffmann, Italia	<i>Nicosia General Hospital (NGH) Cardiac Arrest Team (CAT). First years' practice and outcomes</i>
		Ospedale Generale di Nicosia (NGH) Squadra dell'Arresto Cardiaco (CAT). Pratica e risultati dei primi anni
10:30 – 10:45	Marios Georgiou, Cipro	<i>Short echocardiographic exam performed by specialist nurses in cardiothoracic intensive care unit</i>
		Breve esame ecocardiografico eseguito da infermieri specialisti in terapia intensiva cardiotoracica
10:45 – 11:00	Maria Antonietta Fumagalli, Italia	Discussione Generale
HALL 4	SESSION 8	PAIN & SEDATION IN NEONATES AND CHILDREN
AULA 4	SESSIONE 8	IL DOLORE E LA SEDAZIONE NEI NEONATI E NEI BAMBINI
09:30 – 09:45	Moderatori: Irene Harth, Germania e Rita Megliorin, Italia	<i>Post-operative nursing in a paediatric population receiving intravenous morphine analgesia</i>
		Assistenza infermieristica postoperatoria in una popolazione pediatrica che riceve analgesia intravenosa di morfina
09:45 – 10:00	Michela Bevilacqua, Italia	<i>Implementation of standard sedation management in paediatric intensive care: effective and feasible?</i>
		Realizzazione di una gestione standard della sedazione nella terapia intensiva pediatrica: possibile e fattibile?
10:00 – 10:15	Erwin Ista, Olanda	<i>The use of scales for pain detection in a Neonatal Intensive Care Unit</i>
		L'uso di scale per la rilevazione del dolore in una Terapia Intensiva Neonatale
10:15 – 10:30	Donatella Zola, Italia	<i>Promoting early extubation and the use of nCPAP to decrease pain exposure in preterm infants</i>
		Promuovere l'estubazione precoce e l'uso della nCPAP per ridurre l'esposizione al dolore nei nati pretermine
10:30 – 10:45	Anna Axelin, Finlandia	<i>Construction of the Sophia Observation withdrawal Symptoms-scale (SOS) for critically ill children</i>
		Costruzione della Scala per l'osservazione della sindrome da astinenza di Sophia (SOS) per i bambini in situazione critica
10:45 – 11:00	Erwin Ista, Olanda	Discussione Generale
11:00 – 11:45	COFFEE & POSTER VIEWING & EXHIBITION PAUSA CAFFE' E VISIONE DEI POSTER E DELL'AREA ESPOSITIVA	

MAIN HALL	SESSION 9	STRENGTHENING EVIDENCE FOR PRACTICE
AULA MAGNA	SESSIONE 9	EVIDENZE DI SUPPORTO ALLA PRATICA
11:45 – 12:00	Moderatori: Elizabeth Papathanassoglou, Grecia e Enrico Lumini, Italia	<i>A randomized trial: comparing efficiency of oxygen delivery with nasal cannula versus face mask and patient satisfaction in early postoperative period</i> Uno studio randomizzato: confronto dell'efficienza tra la somministrazione di ossigeno con cannula nasale e maschera facciale e la soddisfazione del paziente nel primo periodo postoperatorio
12:00 – 12:15	Hatice Ayhan, Turchia	<i>Comparison of the available temperature measurement methods in critically ill patients</i> Confronto dei metodi disponibili di misurazione della temperatura nei pazienti critici
12:15 – 12:30	Stamatia Sideroudi, Grecia	<i>Randomized clinical comparing short peripheral cannulas vs. indwelling long peripheral cannulas (midline catheters) in the management of Coronary Unit patients needing prolonged i.v. treatment</i> Studio clinico randomizzato sul confronto tra accessi venosi periferici corti e accessi venosi periferici lunghi a medio termine (cateteri midline) nella gestione di pazienti in Unità Coronarica sottoposti a terapia endovenosa prolungata
12:30 – 12:45	Alessandro Mitidieri, Italia	Discussione Generale
HALL 2	SESSION 10	FAMILY PRESENCE DURING CPR
AULA 2	SESSIONE 10	LA PRESENZA DEI FAMILIARI DURANTE LA RCP
11:45 – 12:00	Moderatori: John Albarran, Gran Bretagna e Stefano Bambi, Italia	<i>The parallel roles of the nurse and hospital chaplain in supporting family members during Family Witnessed Resuscitation (FWR): a literature review</i> I ruoli paralleli dell'infermiere e del cappellano ospedaliero nel supportare i familiari che assistono alle manovre rianimatorie (FWR): una revisione della letteratura
12:00 – 12:15	Jayne James, Gran Bretagna	<i>Family-witnessed resuscitation: experiences of German speaking critical care and anaesthesia nurses</i> Familiari presenti durante le manovre rianimatorie: esperienze di infermieri di terapia intensiva ed anestesia di lingua tedesca
12:15 – 12:30	Stefan Köberich, Germania	<i>A study into the views of resuscitated and non-resuscitated patients about the presence of families and friends during resuscitation</i> Studio sull'opinione di pazienti rianimati e non rianimati sulla presenza di familiari ed amici durante le manovre rianimatorie
12:30 – 12:45	Kate McMahon-Parkes, Gran Bretagna	Discussione Generale
HALL 3	SESSION 11	IMPROVING OUTCOMES OF CARE
AULA 3	SESSIONE 11	MIGLIORARE GLI OUTCOMES DI CURA
11:45 – 12:00	Moderatori: Maria Kalafati, Grecia e Elio Drigo, Italia	<i>Goal-directed therapy for septic patients: a new tool, the haemodynamic target</i> Terapia mirata per il paziente settico: una nuova strategia, l'obiettivo emodinamico
12:00 – 12:15	Carole Haubertin, Francia	<i>Is there a maximum dose of vasopressor?</i> C'è una dose massima di vasopressori?
12:15 – 12:30	Julie Benbenishty, Israele	<i>Predicting renal failure after balloon angioplasty in high-risk patients</i> Previsione di insufficienza renale dopo angioplastica nei pazienti ad alto rischio
12:30 – 12:45	Piero Ravera, Italia	Discussione Generale
HALL 4	SESSION 12	RESPIRATORY CARE IN PICU
AULA 4	SESSIONE 12	ASSISTENZA RESPIRATORIA IN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA
11:45 – 12:00	Moderatori: Fiona Lynch, Gran Bretagna e Marusha Brvar, Slovenia	<i>When paediatric vital signs are unreliable, continuous Scvo₂ is?</i> Quando i segni vitali pediatrici sono inaffidabili, lo è anche la Scvo₂ continua?
12:00 – 12:15	Caulette Young, USA	<i>Can nurses use continuous venous oxygen saturation monitoring, to dictate how and when to provide care?</i> Possono gli infermieri usare il monitoraggio continuo della saturimetria venosa per definire come e quando fornire cure?
12:15 – 12:30	Caulette Young, USA	<i>The use of Nitrous Oxide during painful procedures in children</i> Uso dell'ossido nitroso durante procedure dolorose nei bambini
12:30 – 12:45	Filippo Festini, Italia	Discussione Generale

12:45 – 14:00	LUNCH & POSTER VIEWING & EXHIBITION PAUSA PRANZO, VISIONE DEI POSTER E DELL'AREA ESPOSITIVA
MAIN HALL AULA MAGNA	Welcome Saluto di benvenuto Heike Strunk, Germania
14:00 – 14:25	<i>Learning to care: revisiting the nature-nurture debate in contemporary European Health Care</i> L'apprendimento dell'assistenza: rivisitazione del dibattito sulla propensione naturale al prendersi cura nella sanità europea contemporanea Julie Scholes, Gran Bretagna
MAIN HALL AULA MAGNA	SESSION 13 END OF LIFE CARE SESSIONE 13 CURE DI FINE VITA Moderatori: John Albarran, Gran Bretagna e Fabrizio Moggia, Italia
14:30 – 14:45	<i>Views of end-of-life practices in intensive care: the EfCCNa Study</i> Opinioni sulle pratiche di fine vita in terapia intensiva: lo studio EfCCNa Jos M. Latour, Olanda
14:45 – 15:00	<i>End of life attitudes of Europeans-cultural comparison of ICU staff, families and patients on end of life issues in 6 countries</i> Gli approcci di fine vita degli europei: comparazione culturale sulle problematiche di fine vita tra il personale di area critica, i familiari ed i pazienti di sei paesi europei Julie Benbenishty, Israele
15:00 – 15:15	<i>The views of nursing students related to euthanasia</i> Le opinioni degli studenti infermieri sull'eutanasia Ayten Zaybak, Turchia
15:15 – 15:30	<i>Changing the face of death through presence: communicating with the dying and their loved ones</i> Cambiare la faccia della morte attraverso la presenza: comunicazione con il morente ed i suoi cari Vidette Todaro-Franceschi, USA
HALL 2 AULA 2	SESSION 14 PROFESSIONAL ISSUES SESSIONE 14 PROBLEMATICHE PROFESSIONALI Moderatori: Elio Drigo, Italia e Lerma Hernandez, Belgio
14:30 – 14:45	<i>Exploring caring practice within the technological setting of a critical care unit</i> Esplorare le pratiche assistenziali nell'ambiente tecnologico di un'unità di area critica Ann M Price, Gran Bretagna
14:45 – 15:00	<i>Education programme for managing patient agitation for Intensive Care Unit nurses</i> Programma formativo per infermieri di area critica per la gestione dell'agitazione dei pazienti Leyla Ozdemir, Turchia
15:00 – 15:15	<i>The problems and expectations of nurses working in critical care</i> I problemi e le aspettative degli infermieri che lavorano in area critica Meral Madenoğlu Kivanç, Turchia
15:15 – 15:30	<i>Visiting in intensive care unit: leadership in nurses' interaction with relatives in ICU. A Danish study</i> Far visita nella Terapia Intensiva: la leadership nelle interazioni degli infermieri con i parenti in Terapia Intensiva. Uno studio danese Anne Sophie Ågård, Danimarca
HALL 3 AULA 3	SESSION 15 ICU DISCHARGE AND FOLLOW-UP SESSIONE 15 DIMISSIONE DALLA TERAPIA INTENSIVA E FOLLOW-UP Moderatore: Silvia Scelsi, Italia e Mette Ring, Danimarca
14:30 – 14:45	<i>Experiences of a follow-up visit to an ICU</i> Esperienze di visite di follow-up in un'unità di terapia intensiva Engström Åsa, Svezia
14:45 – 15:00	<i>Caregiver burden and patient dependency following discharge from a Critical Care Unit</i> Carico assistenziale per i caregiver e dipendenza del paziente dopo dimissione dall'unità di area critica Angel Cobos, Spagna
15:00 – 15:15	<i>Long-term ICU complications after prolonged critical illness: post-ICU patient care</i> Le complicazioni a lungo termine da Terapia Intensiva dopo prolungata patologia critica: cura post-intensiva del paziente Maghana Schouwman, Olanda
15:15 – 15:30	<i>The meaning of follow-up in intensive care: patients' perspective.</i> Il significato del follow-up in terapia intensiva: la prospettiva del malato Sissel L. Storli, Norvegia

HALL 4	SESSION 16	CARDIOTHORACIC CARE IN PICU
ALULA 4	SESSIONE 16	CURE CARDIOTORACICHE IN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA
	Moderatori:	Irene Harth, Germania e Rita Megliorin, Italia
14:30 – 14:45		<i>Assistance to the paediatric patient with mechanical support</i> Assistenza al paziente pediatrico in supporto meccanico Susanna Padrini, Italia
14:45 – 15:00		<i>Broselow color coding system in a non paediatric intensive care unit</i> Il sistema di codifica colore di Broselow in un reparto intensivo non pediatrico Elisa Pittini, Italia
15:00 – 15:15		<i>The case manager in cardiology and paediatric heart surgery: possible applications and organizational impact.</i> Il case manager in cardiologia e cardiocirurgia pediatrica: possibili applicazioni ed impatto organizzativo Samantha Scolari, Italia
15:15 – 15:30		Discussione Generale
15:30 – 16:15		COFFEE & POSTER VIEWING & EXHIBITION PAUSA CAFFE', VISIONE POSTER E DELL'AREA ESPOSITIVA
MAIN HALL	SESSION 17	RISK MANAGEMENT
AULA MAGNA	SESSIONE 17	RISK MANAGEMENT
	Moderatori:	Wouter de Graaf, Olanda e Paolo Zoppi, Italia
16:15 – 16:30		<i>Does a blame free environment creates a safe environment in ICU's?</i> Un ambiente libero dalla colpevolizzazione può creare un ambiente sicuro nelle TI? Birte Baktoft
16:30 – 16:45		<i>Implementing of a new clinical documentation system to improve multidisciplinary team integration and prevent clinical errors in an Emergency ICU</i> Implementazione di un nuovo sistema di documentazione clinica per migliorare l'integrazione del team multidisciplinare e prevenire gli errori clinici in una TI Chiara Peduto, Italia
16:45 – 17:00		<i>Risk management and incident reports: instruments for quality care</i> Risk management e incident reports: strumenti per cure di qualità Sabrina Egman, Italia
17:00 – 17:15		Discussione Generale
HALL 2	SESSION 18	CARING FOR PATIENTS AND FAMILIES
AULA 2	SESSIONE 18	ASSISTENZA AI PAZIENTI ED ALLE FAMIGLIE
	Moderatori:	Meral Madenođlu Kývanç, Turchia e Rita Megliorin, Italia
16:15 – 16:30		<i>Outdoor trips: the experiences of ICU patients</i> Uscite all'esterno: le esperienze dei pazienti della terapia intensiva Malene Skjoedt, Danimarca
16:30 – 16:45		<i>Conversation with relatives of brain-dead patients: a caring perspective</i> La conversazione con i parenti dei pazienti in morte cerebrale: prospettive assistenziali Anette Mussman, Danimarca
16:45 – 17:00		<i>High symptom levels of acute posttraumatic stress disorder following critical illness and intensive care treatment</i> Elevati livelli dei sintomi di patologia acuta da stress post-traumatico conseguente a situazioni di criticità ed a trattamenti intensivi Karin Samuelson, Svezia
17:00- 17.15		Discussione Generale
HALL 3	SESSION 19	INTERNATIONAL CULTURAL ISSUES
AULA 3	SESSIONE 19	PROBLEMI CULTURALI INTERNAZIONALI
	Moderatori:	Evantia Georgiou, Cipro e Grazia Marcianesi, Italia
16:15 – 16:30		<i>The EfCCNa exchange programme: an opportunity for ICU nurses to learn and grow professionally</i> Il programma di interscambio EfCCNa: un'opportunità per gli infermieri di area critica d'imparare e crescere professionalmente Erika Bassi, Italia
16:30 – 16:45		<i>Food is not enough without essential nutrients millions of children will die: this is a medical emergency. A Campaign of Medicines Sans Frontieres</i> Il cibo non è sufficiente e senza i nutrimenti essenziali milioni di bambini moriranno: questa è un'emergenza medica. Una campagna di Medici Senza Frontiere Ettore Mazzanti, Italia
16:45 – 17:00		<i>An excellent project of health in a third world context: Africa</i> Un eccellente progetto sanitario in un ambiente del terzo mondo: l'Africa Maria Cristina Rossi, Italia
17:00 – 17:15		<i>Innovations in colostomy care of children in India</i> Innovazioni nell'assistenza per la colostomia dei bambini in India Raman Kalia, India

HALL 4	SESSION 20	EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION
AULA 4	SESSIONE 20	OSSIGENAZIONE EXTRACORPOREA A MEMBRANA.
	Moderatori: Adriano Friganovic, Croazia e Federica Piergentili, Italia	
16:15 – 16:30	<i>Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) rescue for cardiopulmonary resuscitation in Emergency Department: report of four cases</i> L'ossigenazione extracorporea a membrana (ECMO) aiuta durante la rianimazione cardiopolmonare nel dipartimento di emergenza: report di quattro casi Enrico Lumini, Italia	
16:30 – 16:45	<i>Extracorporeal Membrane Oxygenation as a bridge to lung transplantation: a case report</i> Ossigenazione extracorporea a membrana come ponte nel trapianto di polmone: report di un caso Francesco Galantino, Italia	
16:45 – 17:00	<i>ECMO: Nursing management of patients with cardiopulmonary bypass circuit for temporary life support in potentially reversible cardiac and/or respiratory failure as a bridge to transplantation.</i> ECMO: Gestione infermieristica del paziente con circuito di bypass cardiopolmonare per temporaneo supporto vitale nell'insufficienza cardiaca e/o respiratoria potenzialmente reversibile come ponte in attesa di trapianto Sandra Sansolino, Italia	
17:00 – 17:15	Discussione Generale	
MAIN HALL		
17:30 – 18:30	ASSEMBLEA GENERALE ANIARTI	
20:00 – 24:00	CONGRESS PARTY FESTA CONGRESSUALE	

PROGRAMMA

SABATO, 11 OTTOBRE 2008

MAIN HALL

AULA MAGNA

- 09:00 – 09:15 *Welcome*
Saluto di benvenuto
John Albarran, Gran Bretagna
- 09:15 – 09:45 *Caring and curing: a paradigm for intensive care*
Curare e prendersi cura: un paradigma per le cure intensive
Elio Drigo, Italia
- 09:45 – 10:15 *The power of caring: evidenced-based critical care*
Il potere del prendersi cura: evidenze scientifiche in area critica
Elizabeth Papathanassoglou, Grecia
- 10:15 – 11:00 **COFFEE & POSTER VIEWING & EXHIBITION**
PAUSA CAFFE', VISIONE DEI POSTER E DELL'AREA ESPOSITIVA

MAIN HALL

AULA MAGNA

SESSION 21 PAIN AND SEDATION PRACTICE

SESSIONE 21 PRATICHE PER IL DOLORE E LA SEDAZIONE

Moderatori: Paul van Doorn, Olanda e Rita Megliorin, Italia

- 11:00 – 11:15 *Assessment of pain in ICU in patients who cannot communicate: clinical interest of the SOS DOLOUSI, a Behavioral Pain Scale*
Rilevamento del dolore in TI nei pazienti che non possono comunicare: interesse clinico della SOS DOLOUSI, una scala comportamentale del dolore
Marie De Val, Belgio
- 11:15 – 11:30 *Validation of behavioral pain scales in verbal and non-verbal patients*
Validazione delle scale comportamentali del dolore nei pazienti che possono o non possono parlare
Eleni Kletsiou, Grecia
- 11:30 – 11:45 *Pain assessment in cognitively impaired patients: how about the Zurich Observation Pain Assessment?*
Valutazione del dolore nei pazienti con deterioramento cognitivo: cosa ne dice il sistema Zurigo di Rilevazione Osservazionale del Dolore?
Irmela Gnass, Germania
- 11:45 – 12:00 *An evaluation of daily sedation vacation in mechanically ventilated patients within the adult intensive care milieu and its impact on patient outcomes*
Valutazione dell'interruzione della sedazione durante il giorno nei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica nelle terapie intensive per adulti ed il suo impatto sugli outcomes dei pazienti
Jenni Templeman, Gran Bretagna
- 12:00 – 12:15 *Perspective validation of Manchester Pain Ruler for pain evaluation in Emergency Department*
Validazione prospettica della scala del dolore di Manchester per la valutazione del dolore nei dipartimenti di emergenza
Enrico Lumini, Italia
- 12:15 – 12:30 **Discussione Generale**

HALL 2

AULA 2

SESSION 22 ADVANCING EMERGENCY CARE

SESSIONE 22 ASSISTENZA AVANZATA IN EMERGENZA

Moderatori: Rósa Thorsteinsdóttir, Islanda e Grazia Marcianesi, Italia

- 11:00 – 11:15 *Emergency room and triage: a psychological help experience*
Pronto soccorso e triage: un'esperienza psicologica di aiuto
Marisa Maglio, Italia
- 11:15 – 11:30 *The examination of the knowledge and application of nurses in emergency room and intensive care units about the physical restraint*
Verifica della conoscenza ed applicazione della contenzione fisica, da parte degli infermieri di pronto soccorso e unità di terapia intensiva
Serdar Saritas, Turchia
- 11:30 – 11:45 *A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes regarding substance use and substance users*
Studio descrittivo delle conoscenze e dei comportamenti di medici ed infermieri del dipartimento di emergenza riguardo all'uso di sostanze ed i consumatori di sostanze
Sean Kelleher, Irlanda
- 11:45 – 12:00 *Analysis and economic evaluation of certain diagnostic therapeutic pathways*
Analisi e valutazione economica di alcuni percorsi diagnostico-terapeutici
Bruna Giugno, Italia
- 12:00 – 12:30 **Discussione Generale**

HALL 3	SESSION 23	COMMUNICATION IN THE ICU
AULA 3	SESSIONE 23	LA COMUNICAZIONE IN T.I.
	Moderatori: Eva Barkestad, Svezia e Fabrizio Moggia, Italia	
11:00 – 11:15	<i>Impact of nurse counselling on mental well-being of heart transplant recipients: design of a prospective randomized study</i> L'impatto del counselling infermieristico nel benessere mentale del paziente in attesa di trapianto di cuore: disegno di uno studio prospettico randomizzato Luana Gattafoni, Italia	
11:15 – 11:30	<i>Do you wish to hear what the intubated patient is saying?</i> Desideri sentire cosa il paziente intubato sta dicendo? Dorte Møller Hansen, Danimarca	
11:30 – 11:45	<i>Communication between health care professionals and patients admitted to an intensive care unit</i> Comunicazione tra il personale sanitario ed i pazienti ricoverati nelle unità di cure intensive Birgitte Tørring, Danimarca	
11:45 – 12:00	<i>Phenomenological investigation of the interpersonal relationship between nurses and critically ill patients</i> Indagine fenomenologica della relazione interpersonale tra infermiere e paziente in situazione critica Foteini Vouzavali, Grecia	
12:00 – 12:30	Discussione Generale	

HALL 4	SESSION 24	RESPONDING TO THE CRITICALLY ILL
AULA 4	SESSIONE 24	RISPONDERE AI MALATI CRITICI
	Moderatori: Bronagh Blackwood Gran Bretagna e Daniel Benlahoués, Francia	
11:00 – 11:15	<i>First aid emergency calls: Italy tests the Emotional Content and Co-operation Score (ECCS) associated with transactional model</i> Primo intervento in una chiamata d'emergenza: l'Italia studia il contenuto emotivo ed il punteggio di cooperazione (ECCS) associato al modello transazionale Gennaro Scialò, Italia	
11:15 – 11:30	<i>Introducing a Medical Emergency Team (MET) in a Swedish hospital</i> Introduzione di un Team di medicina d'Emergenza (MET) in un ospedale svedese Lena Ottemark, Svezia	
11:30 – 11:45	<i>Developing communication skills to initiate safe practice for critically ill patients: Situation Background Assessment Recommendation (The SBAR tool)</i> Sviluppo delle abilità comunicative per iniziare una pratica sicura per pazienti con patologie critiche: raccomandazioni per la valutazione del contesto (il sistema SBAR) Helen Cox, Gran Bretagna	
11:45 – 12:00	<i>A realistic evaluation of track and trigger systems and acute care training for early recognition and treatment of deteriorating ward –based patients: research protocol</i> Una valutazione realistica dei sistemi di individuazione dei problemi e relativo intervento e dell'addestramento per le cure immediate finalizzati al riconoscimento precoce e trattamento dei pazienti degenti in fase di peggioramento clinico: protocollo di ricerca Jennifer McGaughey, Irlanda del Nord	
12:00 – 12:15	<i>Experiences of ICU patients' relatives in ICU: "Do not forget us"</i> Esperienze di parenti di malati in terapia intensiva: "Non dimenticatevi di noi" Hatice Çiçek, Turchia	
12:15 – 12:30	Discussione Generale	

MAIN HALL	ANNOUNCEMENT 4TH EFCCNA CONGRESS 2011
AULA MAGNA	ANNUNCIO DEL 4° CONGRESSO EFCCNA 2011
12:45 – 13:00	Birthe Baktoft e Mette Ring, Danimarca

CLOSING REMARKS

CONCLUSIONI

Jos Latur, Olanda e Elio Drigo, Italia
Rosa Thorsteindottir - President of EfCCNa

ALTRE OPPORTUNITA' DURANTE IL CONGRESSO

Workshop (per i dettagli <http://www.aniarti.it/>)

Visite nelle Aree Critiche degli ospedali di Firenze (per i dettagli <http://www.aniarti.it/>)

- Azienda Ospedaliera Universitaria "Careggi"
- Azienda Ospedaliera "Meyer"
- Agenzia per la Formazione Infermieristica (Empoli)

EfCCNapoint & Aniartipoint per informazioni e contatti con EfCCNa, Aniarti e Associazioni Nazionali di Area Critica in Europa

Stands specializzati per la formazione infermieristica

Bookshops

Ampia Esposizione con attrezzature, devices, idee... per l'infermieristica di Area Critica

European Federation of Critical Care Nursing Associations Travel Scholarships

Il premio per un viaggio-studio EfCCNa è stato istituito quest'anno con lo scopo di riconoscere e celebrare la rilevanza e l'unicità del contributo dato dagli infermieri impegnati nell'operativo e nella ricerca all'avanzamento dell'assistenza in area critica nella Comunità Europea. I tre premi per un massimo di di 500 € ciascuno sono stati stabiliti per lavori riferibili a: a) giovani studiosi, b) per le migliori pratiche, c) innovazioni per la formazione. Sono stati finanziati dall'EfCCNa attraverso il proprio Comitato per la Ricerca & Sviluppo, che è attualmente presieduto da Dr. John Albarran.

E'importante riconoscere che tutti gli infermieri che presentano i loro lavori a questo grande convegno internazionale hanno già avuto un loro successo aderendo agli alti standard definiti dal comitato scientifico internazionale e saranno ulteriormente apprezzati dai colleghi in seguito alla diffusione delle ricerche originali ed innovative, allo sviluppo della pratica assistenziale e all'innovazione nella formazione. A nome di tutto il Comitato Scientifico Internazionale, inviamo le nostre più sincere congratulazioni a tutti gli autori degli interventi di questo congresso.

La sfida di individuare tre abstract, che ha catturato l'inventiva degli esperti e che ha dimostrato originalità, forte evidenza di rigore scientifico e possibilità di applicazione nell'assistenza al malato, è stata una sfida difficile. Dopo la consultazione da parte del Comitato Scientifico Internazionale e del Comitato per la Ricerca & Sviluppo, quelli indicati di seguito sono stati raccomandati per l'attribuzione del premio per il viaggio-studio mentre un altro è stato indicato per una speciale menzione.

o **Giovane ricercatore**

Erwin Ista~ *Construction of the Sophia Observation withdrawal Symptoms-scale (SOS) for critically ill children* (Olanda)

Speciale menzione:

Foteini Vouzavali ~*Phenomenological investigation of the interpersonal relationship between nurses and critically ill patients* (Grecia)

o **Le migliori pratiche**

Karin Gerber~ *"Surviving Sepsis" at the Royal Berkshire Hospital (RBH) a team approach to implementing evidence based guidelines* (Gran Bretagna)

Julie Benbenishty~ *End of life attitudes of Europeans-cultural comparison of ICU staff, families and patients on end of life issues in 6 countries* (Israele)

Dr John W. Albarran and Dr Fabrizio Moggia
Co-Chairs of the International Scientific Committee

Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica Viaggi studio

Anche l'Aniarti ha istituito parallelamente, con le stesse motivazioni e modalità di EfCCNa, tre premi fra i migliori abstract provenienti dall'Italia.
I vincitori nelle tre categorie sono risultati:

○ **Giovane studioso**

Michela Bevilacqua~ *Assistenza infermieristica postoperatoria in una popolazione pediatrica che riceve analgesia intravenosa di morfina*

Speciale menzione:

Cinzia Casini~ *Il team di assistenza cardiologica: sviluppo del percorso per i pazienti con soprasslivellamento ST nell'infarto del miocardio*

○ **Le migliori pratiche**

Debora Cesar~ *La musico-terapia nel paziente in coma in terapia intensiva: uno studio pilota*

Speciale menzione:

Stefano Bambi~ *Miglioramento di qualità nel triage di pronto soccorso: revisionare i diagrammi di flusso del decision making attraverso l'evidence-based practice*

○ **Innovazione nella formazione**

Enrico Lumini~ *Validazione prospettica della scala del dolore di Manchester per la valutazione del dolore nei dipartimenti di emergenza*

Speciale menzione:

Antonella Gaston~ *Pronto soccorso e Triage: un'esperienza psicologica di aiuto*

Dr Fabrizio Moggia, Maria Benetton, Dr. Rita Megliorin
Membri Italiani della Segreteria Scientifica Internazionale

PARTY CONGRESSUALE

Una Serata di Festa

Venerdì, 10 Ottobre 2008, ore 19.30

All'Arsenale, dentro il complesso della Fortezza da Basso

Il Party Congressuale è organizzato specialmente per festeggiare la nostra presenza a Firenze e ricordare il nostro sforzo di collaborazione con EfCCNa per influire sull'assistenza infermieristica in area critica in Europa.

Saranno proposte pietanze tipiche fiorentine.

Avremo la possibilità di incontrare e scambiare opinioni con nuovi amici e colleghi.

Siate preparati per una serata vivace: potremo ballare per tutta la serata.

I biglietti per il Party Congressuale sono compresi nella quota di iscrizione al Congresso.

I vostri amici ed accompagnatori possono acquistare i biglietti al banco delle registrazioni.

Il badge congressuale vi servirà come biglietto di entrata.

Ricordate: non dimenticate di portare il vostro badge congressuale!



Incontriamoci !

INFORMAZIONI GENERALI

REGISTRAZIONI

La segreteria per le registrazioni è collocata all'ingresso del Padiglione Centrale.

Gli orari di aperture sono:

Giovedì, 9 Ottobre 2008:	ore 11.00 – 18.00
Venerdì, 10 Ottobre 2008	ore 08.00 – 18.00
Sabato, 12 Ottobre 2008	ore 08.00 – 13.00

QUOTA DI ISCRIZIONE

La quota di iscrizione dà diritto a:

- ammissione alle sessioni scientifiche ed esposizioni
- kit congressuale e abstract book
- coffee break, pranzo
- party congressuale del 10 Ottobre 2008

BADGES CONGRESSUALI

All'atto della registrazione ciascun partecipante riceverà un badge personale e le informazioni per il congresso. Siete pregati di portare in evidenza il badge durante tutta la permanenza al congresso. L'accesso alle sessioni scientifiche, ai coffee break, al pranzo, al party saranno consentiti esclusivamente a coloro che portano il badge personale.

POSTERS

Gli autori sono invitati ad accertarsi che il loro poster venga applicato nello spazio assegnato, in tempo utile per la sessione poster e rimosso Sabato dopo le ore 13.00. Sarà disponibile materiale per l'applicazione dei poster.

SPEAKERS ROOM

Vicino alla segreteria per le registrazioni sarà disponibile una stanza per i relatori, i quali potranno controllare le loro presentazioni ed anche apportare, se necessario, delle piccole variazioni dell'ultimo momento. I relatori sono pregati di portare la loro presentazione in PowerPoint su una memory stick, almeno un'ora prima dell'inizio della loro sessione.

MESSAGGI

Vicino alla segreteria delle registrazioni ci sarà un pannello per i messaggi.

LINGUA DEL CONGRESSO

La lingua ufficiale del congresso è l'inglese. Sarà disponibile in tutte le sessioni scientifiche la traduzione inglese-italiano: verrà chiesto in sede un contributo spese di 15 € (gratuita per gli iscritti all'Aniarti 2008).

PRANZO E COFFEE BREAKS

Il pranzo e i coffee breaks sono inclusi nella quota di iscrizione al congresso. Oltre a questo sarà aperto un bar per altre esigenze personali. Il bar è collocato nell'area espositiva.

FUMO

E' severamente proibito fumare durante tutte le sessioni scientifiche e nell'area espositiva in qualunque momento.

DISCLAIMER

EfCCNa e Aniarti non si assumono alcuna responsabilità per danni e/o smarrimenti di ogni genere che potessero accadere ai partecipanti al Congresso o ad ogni altra persona che li accompagna, sia durante le attività che nelle eventuali altre iniziative previste.

I partecipanti sono pregati di assicurarsi personalmente contro smarrimenti, incidenti o danneggiamenti a cui potrebbero andare incontro durante il Congresso.

ATTENZIONE

**I telefoni cellulari devono essere spenti durante le relazioni.
Non è permesso fotografare durante le relazioni.**



ABSTRACTS

PRESENTAZIONI ORALI

GIOVEDÌ, 9 OTTOBRE 2008

NC

Curare e prendersi cura: quale paradigma per l'assistenza infermieristica nel futuro?

Curing and caring: which paradigm for the nursing care of the future?

Annalisa Silvestro

Bologna, Italia

Il trend demografico ed epidemiologico dell'Italia, ma anche di molti paesi del mondo occidentale, delinea un aumento costante delle persone anziane e delle patologie cronico degenerative. Il trend socio culturale mostra un radicarsi della multi etnicità, del relativismo etico e della libera circolazione di genti e di culture. Sono fenomeni nuovi ed importanti, da più parti definiti "epocali", che inducono Politici, Amministratori e Tecnici a modificare profondamente le logiche sottese al governo del sistema sanitario.

Le organizzazioni sanitarie hanno la necessità di rivedere e ripensare la propria offerta; i professionisti devono ridelineare le modalità di approccio alla domanda ed alla gestione degli assistiti; gli amministratori devono ripensare le linee di "governance". In questo tipo di evoluzione è evidente che per ridisegnare l'offerta sanitaria è necessario riconoscere e valorizzare la figura di un infermiere capace di giocare un ruolo diverso da quello storicamente agito.

Secondo questa logica è fondamentale per gli infermieri:

- partecipare alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- pianificare, gestire e valutare il loro intervento assistenziale;
- collaborare in maniera altamente qualificata con i diversi professionisti inseriti nell'equipe di cui sono parte;
- far sì che la specificità dell'infermieristica si delinei:
 - nei processi di formazione dei futuri professionisti,
 - nell'organizzazione e direzione dell'assistenza infermieristica e sanitaria,
 - nelle scelte politiche inerenti l'organizzazione sanitaria per il mantenimento della "salute" della collettività nazionale;
- impegnarsi in azioni "politiche" per:
 - sostenere e mantenere un Servizio Sanitario a governo pubblico per garantire la reale fruizione del diritto alla salute indipendentemente dalla capacità economica, dal censo e dal livello culturale ed informativo degli assistiti;
 - potenziare la rete dei servizi territoriali domiciliari e residenziali, ritenendo che in tal modo è possibile perseguire l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri oltre che il coinvolgimento della rete familiare, amicale e sociale e dare dignità ad ogni progetto di salute e di vita;
- attivarsi per la tutela dei propri assistiti.

SESSIONE 1 EVIDENCE-BASED PRACTICE PRATICHE BASATE SULL'EVIDENZA

148

Ricerca e assistenza infermieristica in area critica

Research and critical care nursing

Lucia Matteucci, Bambi Stefano

Firenze, Italia. Email: lucia.matteucci04@libero.it

Scopo: Lo Biondo dice: "La ricerca offre una base di conoscenze, scientifiche e specialistiche, che consentono alla professione infermieristica di prevenire e soddisfare le sempre mutevoli richieste e di sviluppare un ruolo rilevante all'interno della società". È stato effettuato uno studio descrittivo con approccio quantitativo, nell'Azienda Sanitaria Fiorentina, attraverso la somministrazione di un questionario agli infermieri di area critica. Gli ospedali studiati sono stati tre, i reparti coinvolti DEA, TI, UTIC, per un totale di 218 infermieri e 172 rispondenti.

Conclusioni: La rilevazione di questi dati è stata sicuramente importante, "Conoscere significa poi saper meglio orientarsi". Dobbiamo, però, tener presente, che per motivi probabilmente di natura tecnica non ancora ben compresi, il questionario sottoposto agli infermieri, è mancante di 3 domande che sicuramente ci avrebbero aiutato a comprendere meglio la situazione; una chiedeva un'autovalutazione sulla conoscenza dell'informatica, strumento importante per la ricerca, l'altra approfondiva la produzione di procedure e protocolli chiedendo se l'infermiere era a conoscenza delle procedure e dei protocolli a livello aziendale o di reparto basate su revisione bibliografica recente e l'ultima se l'infermiere era a conoscenza e utilizzava il sistema ECM mediante formazione a distanza con il progetto ECCE INFAD. I questionari non sono stati somministrati a tutti gli ospedali dell'azienda per cui il numero del campione è minore del reale numero degli infermieri di area critica. Quindi per promuovere la ricerca infermieristica dobbiamo tener conto di:

- Potenziare all'interno dell'Università e prima ancora negli Istituti Superiori la conoscenza della lingua inglese.
- Promuovere la disseminazione dei risultati più importanti delle ricerche che mettano gli infermieri in grado di basare la loro pratica su conoscenze scientifiche, tenendo presente che si leggono pochi articoli e si realizzano pochi studi.
- Possibile creazione formazione di Centri EBN nelle aziende per formazione e disseminazione.

Quanti anni luce siamo lontani dall'Evidence Based Practice (EBP)? Trovare un buco nero.*How many light years are we far from Evidence Based Practice? Finding a black hole*

Enrico Lumini, Meacci C, Morini G, Becattini G, Bambi S.

Scandicci, Italia. Email: e.lumini@tin.it

Scopo: Utilizzare i risultati della ricerca nella pratica clinica è una modalità riconosciuta di migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica. La pratica basata sulle evidenze è definita come l'utilizzo delle migliori evidenze scientifiche disponibili. Se la pratica clinica dove essere basata sulle evidenze esistono allo stesso tempo molte barriere alla sua implementazione. Queste includono l'infermiere, l'equipe clinica, il setting e l'organizzazione. Un programma di formazione per sensibilizzare il personale infermieristico sull'importanza della ricerca e della EBP è stato iniziato nell'ospedale di Careggi (Firenze - Italia). Le conoscenze degli infermieri riguardo alla ricerca e all'EBP sono state raramente analizzate in Italia.

Metodi: Durante il corso base è stato sviluppato e somministrato a tutti partecipanti un questionario con 20 domande. Le sezioni del questionario sono state predisposte per raccogliere informazioni riguardo le conoscenze degli infermieri, la pratica clinica, il coinvolgimento in progetti di ricerca, la capacità di effettuare ricerche bibliografiche, l'opinione su EBP e ricerca.

Risultati: Il questionario è stato somministrato a 342 infermieri e la percentuale di risposta è stata del 87%. Tutti coloro che hanno risposto riconoscono il valore e l'importanza della ricerca e della EBP per un'assistenza infermieristica ottimale. Solo il 6% si ritiene in grado di valutare il criticamente la letteratura, il 4% ricerca articoli scientifici almeno una volta al mese (il 46% non lo fa mai), il 16% si ritiene in grado di utilizzare banche dati biomediche e solamente il 7% è stato coinvolto in progetti di ricerca. Gli infermieri identificano come ostacoli maggiori la carenza di tempo e le scarse conoscenze riguardo la metodologia, la statistica e la lingua inglese. Gli infermieri di area critica hanno mostrato migliori percentuali di risposta e maggiori conoscenze.

Conclusioni: C'è un forte ed urgente bisogno di formazione e training su ricerca ed EBP. Non di meno è necessario aumentare la disponibilità e la disseminazione dell'informazione scientifica. Gli infermieri di area critica possono giocare un ruolo chiave ad esempio guidando la qualità delle cure post intensive. L'argomento richiede approfondimenti usando campioni più grandi. Dato che questo studio preliminare ha fornito qualche iniziale, limitata risposta e le tendenze all'interno della professione, una migliore comprensione potrebbe essere ottenuta con ulteriori studi magari su scala nazionale.

Bibliografia:

1. Labeau S, Vereecke A, Vandijck DM, Claes B, Blot SI; executive board of the Flemish Society for Critical Care Nurses. Critical care nurses' knowledge of evidence-based guidelines for preventing infections associated with central venous catheters: an evaluation questionnaire. *Am J Crit Care*. 2008 Jan;17(1):65-71.
2. De Miguel-Yanes JM, Andueza-Lillo JA, González-Ramallo VJ, Pastor L, Muñoz J. Failure to implement evidence-based clinical guidelines for sepsis at the ED. *Am J Emerg Med*. 2006 Sep;24(5):553-9.
3. Thompson P, Angus NJ, Scott J. Building a framework for getting evidence into critical care education and practice. *Intens Crit Care Nurs* 2000;16:164—74.

Un progetto nazionale multi-fasico per testare ed implementare l'Evidence Based Nursing relativo alle cure igieniche del cavo orale in pazienti intubati: alcune lezioni s'imparano con difficoltà.*A Multi-Phased National Project to Test and Implement Evidence Based Nursing related to Oral Care Practices of Intubated Patients: Some Lessons are Learned the Hard Way*

Julie Benbenishty RN MA, Nomi Farkash RN MA, Ofra Raanan RN MA, Maureen Ben Nun RN BA, Madeline Bruttin RN MA, MIRIAM Asher RN BA, Freda DeKyser RN PhD

Gerusalemme, Israele. Email: Julie@hadassah.org.il

Scopo: L'obiettivo del progetto nazionale è stato quello di sperimentare ed attuare pratiche Evidence Based Nursing relative alla cura del cavo orale di pazienti intubati. La scarsa igiene orale è associata al rischio di polmonite nei pazienti con ventilazione meccanica (VAP), e si è trovato che sia una delle principali cause di morbilità e di mortalità in ICU. Spesso i protocolli di cura del cavo orale e le pratiche assistenziali non sono in linea con le più recenti evidenze né sono standardizzati.

Metodi: E' uno studio in due fasi; nella prima fase si è provveduto a svolgere un sondaggio nazionale per stabilire quali fossero la cura del cavo orale e le pratiche in ICU degli infermieri. Il campione e' di 216 infermieri. Gli strumenti hanno incluso i dati demografici, i lavori con caratteristiche connesse e la lista di controllo delle attuali pratiche di cura del cavo orale. Gli infermieri hanno indicato il loro livello di priorità di cura del cavo orale.

Nella seconda fase si è provato a determinare se un protocollo di cura basato sulle evidenze potesse migliorare l'igiene orale del paziente con conseguente diminuzione della mortalità e della morbilità da VAP. Sono stati raccolti i dati di tutti i pazienti che soddisfavano i criteri di inclusione. Dopo i dati raccolti, in ogni ICU è stato introdotto protocollo di cura dell'igiene orale EBN, lo stesso processo di raccolta dei dati è stato utilizzato per il gruppo sperimentale.

Risultati: Le più comuni attrezzature sono le garze (84%) la clorexidina è stata utilizzato (75%), il 44% ha spazzolato i denti ai pazienti. La maggior parte ha effettuato una valutazione del cavo orale alla prima cura della bocca (71%) ma nessun infermiere è stato in grado di descrivere che strumento di valutazione ha utilizzato. Su una scala da 0 a 100, gli infermieri hanno valutato la cura del cavo orale nel paziente intubato 67 ± 27 . Ci sono state notevoli differenze all'interno e tra le unità per le tecniche, le attrezzature, le soluzioni che sono state utilizzate. La fase due è stata interrotta a causa di ragioni etiche e ragioni pratiche. Conclusioni: Mentre gli infermieri classificano la cura del cavo orale ad alta priorità, non molti implementano le

evidenze nella pratica. Il livello di utilizzazione della ricerca non era collegato al tipo di formazione infermieristica, età, allo stato di lavoro. Gli ostacoli allo studio sono risultati connessi con il sistema di assistenza sanitaria, gli altri operatori sanitari e ai colleghi infermieri. Tuttavia, altri effetti positivi sono derivati dalla partecipazione al processo di ricerca.

097

L'impatto di linee-guida multi-disciplinari sullo svezzamento: risultati di revisione sulla durata di tempo che i pazienti post cardiocirurgici trascorrono collegati al ventilatore

The impact of multi-disciplinary weaning guidelines; audit results on the length of time patients spend on the ventilator post cardiac surgery

Gough Kathleen, Mace, L, Hopkins, E.

Bristol Royal Infirmary, Bristol, Gran Bretagna. Email: Kathleen.gough@ubht.nhs.uk

Contesto: I cambiamenti demografici presenti nell'ovest mostrano una popolazione più vecchia con associate co-morbilità post chirurgia cardiaca. Questi pazienti sono a rischio di svezzamento prolungato dopo gli interventi. Studi hanno mostrato che la chiave di uno svezzamento di successo per prolungate ventilazioni si ottiene con l'utilizzo di piani coordinati definiti da team multidisciplinari specializzati.

Scopo: Questo lavoro vuole esplorare l'impatto di un approccio di cura multidisciplinare nello svezzamento dei pazienti in prostrato periodo di supporto ventilatorio successivo ad intervento cardiaco, in un'unità cardiologia regionale di 12 posti letto in Gran Bretagna.

Risultati: Le linee guida multidisciplinari per lo svezzamento furono introdotte nel 2004 ed i dati furono raccolti su pazienti svezzati usando tali linee guida. I pazienti furono seguiti per 2 anni dopo dimissione con SF36. I risultati hanno permesso di osservare l'andamento del processo di ricovero. Revisioni sistematiche dei risultati durante un periodo di 10 anni sia pre che post periodo d'introduzione delle linee guida ha prodotto scoperte significative. Fin dall'introduzione delle linee guida multidisciplinari abbiamo scoperto:

- C'è una significativa riduzione del numero di pazienti ventilati per un periodo superiore a 6 settimane. ($p=0.029$);
- Abbiamo ridotto il tempo speso a ventilare i pazienti a 6.6 giorni di media, le variazioni dovute all'età ed al tempo ventilatorio furono descritte;
- Stiamo trasferendo a casa più pazienti rispetto al trasferiti in altri ospedali;
- La correlazione tra la tempistica di una tracheostomia post intervento e gli outcomes dei pazienti.

Implicazioni: Questa ricerca ha un certo numero d'implicazioni per tutti coloro che si occupano di sviluppare linee guida multidisciplinari per lo svezzamento:

- Le linee guida multidisciplinari facilitano un approccio costante e collaborativo al complesso problema dello svezzamento da periodo ventilatorio prostrato successivo a intervento cardiaco.
- Ci sono riduzioni dei costi generali dovuti alla riduzione dei costi delle giornate di ventilazione. Questo è un fattore importante presente nel clima finanziario globale.
- Tuttavia il dato più importante è il miglioramento nei pazienti che hanno sperimentato lo svezzamento da un ventilatore, realizzato attraverso un processo condiviso e negoziato degli obiettivi.

Supportando la dimissione dei pazienti abbiamo inoltre aiutato il passaggio alla loro vita domiciliare. Le informazioni che otteniamo dai questionari ci hanno permesso di capire il processo di recupero post-dimissione così da poter identificare aree di appoggio.

005

L'Evidence-based nursing incontra la pratica

Evidence-based nursing meeting practice

Inger Emilie Værland

Stavanger University Hospital, Stavanger, Norvegia. Email: vaig@sus.no

Obiettivo: l'evidenza fondata sulla pratica è una delle materie discusse anche nel nursing di area critica. L'obiettivo dello studio è stato esaminato per quanto compete all'evidenza medica relativa al nursing dei pazienti che si stanno svezzando dal ventilatore

Metodi: ho usato un progetto con metodo qualitative e ho intervistato infermieri di terapia intensiva sulla loro esperienza con i protocolli di svezzamento dal ventilatore. Le interviste furono valutate usando il metodo dell'analisi strutturale. Nella discussione dei dati le affermazioni degli infermieri di terapia intensiva sono state espresse sulla base di concezioni diverse dell'evidenza e delle conoscenze. Sono risultate significative le teorie di Katie Eriksson, Kari Martinsen, Herdis Alvsvåg e Patricia Benner.

Risultati: i risultati mostrano che il protocollo dello svezzamento è utile come strategia complementare, ma attualmente può fare affidamento soltanto su una parte dell'assistenza per il gruppo di malati. Coloro che hanno risposto descrivono il nursing come una serie di interventi assistenziali, ad esempio la valutazione della respirazione e la mobilitazione. Gli aspetti morali dell'assistenza vengono descritti come sensibilità, comunicazione con il paziente, e la manifestazione di protezione. La parte dell'assistenza che va oltre quanto descritto dal protocollo viene appreso con l'esperienza e negli incontri fra colleghi.

Conclusioni: quanto scoperto con questo studio suggerisce che la teoria della saggezza/giudizio clinico, riferita ad un'ottica più ampia rispetto al semplice riferimento alle evidenze scientifiche del protocollo di svezzamento, ha valore reale per l'assistenza al malato in svezzamento.

Un concetto di evidenza che consideri un numero maggiore di aspetti dell'assistenza, potrà fornire una migliore descrizione rispetto all'evidenza medica. La conoscenza basata sulle evidenze, di cui il protocollo per

lo svezzamento è un esempio, è una parte della base di conoscenze degli infermieri di terapia intensiva. Se il focus è solo su questo tipo di conoscenza altre porzioni delle conoscenze che fanno parte dell'assistenza infermieristica di terapia intensiva rischiano di risultare invisibili e scomparire.

Bibliografia:

1. Benner P, Tanner CA, Chesla CA. (1996) *Expertise in Nursing Practice, Caring, Clinical Judgement and Ethics*. Springer Publishing Company, Inc.
2. Blackwood, B. (2000) The art and science of predicting patient readiness for weaning from mechanical ventilation. *International Journal of Nursing Studies*, 37, s. 145 - 151.
3. Holmes, D., Perron, A. & O'Byrne, P. (2006) Evidence, Virulence, and the Disappearance of Nursing Knowledge: A Critique of the Evidence-Based Dogma. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, Third Quarter s. 95-102.

063

Il decision-making degli infermieri scozzesi riguardo allo svezzamento dalla ventilazione meccanica. Uno studio pilota etnografico

Scottish nurses' decision-making about the weaning from mechanical ventilation. An ethnographic pilot study

Claire Kydonaki

University of Edinburgh, Western General Hospital, Gran Bretagna. Email: s0674992@sms.ed.ac.uk

Scopo: In area critica gli infermieri hanno bisogno di essere in grado e di essere sicuri di prendere decisioni veloci ed appropriate in merito alla gestione del paziente. Un'area che richiede un efficace processo decisionale è durante lo svezzamento dalla ventilazione meccanica. Molto poco si sa riguardo il contributo della conoscenza da parte degli infermieri, a come sia reso esplicito e usato durante il processo di svezzamento, ed anche come l'interazione con gli altri operatori sanitari influisca sulle decisioni prese durante la ventilazione meccanica intermittente. Quindi, questo studio ha come obiettivo quello di porre rimedio a questa lacuna nella conoscenza esplorando il processo decisionale degli infermieri in area critica nell'ambiente naturale della T.I. Lo studio del processo decisionale solleva parecchie questioni metodologiche, che in questo studio sono state affrontate attraverso un approccio etnografico.

Metodi: Questa dissertazione presenterà dati da una fase guidata di uno studio etnografico riguardo il processo decisionale degli infermieri nello svezzamento di 8 differenti casi clinici che hanno richiesto una ventilazione a lungo termine. Lo studio guidato è stato condotto per un mese in una T.I. di 18 posti letto in Scozia. I dati sono stati raccolti attraverso l'osservazione partecipata degli infermieri di area critica che assistevano questi pazienti, i quali hanno espresso la volontà di partecipare, attraverso l'esame dei diagrammi dei pazienti e delle interviste semi-strutturate. Agli infermieri è stato chiesto di parlare a voce alta per un periodo di due ore e poi di riflettere sulle loro decisioni alla fine del turno. L'osservazione è iniziata da una fase pre-svezzamento ed è continuata fino a quando il paziente è stato svezzato con successo dal ventilatore.

Risultati: L'analisi tematica dei dati ha rivelato che il processo decisionale durante lo svezzamento è in crescita ed è basato su decisioni per tentativi ed errori prese sia dai medici che dagli infermieri. Inoltre è stato osservato che lo svezzamento richiede conoscenze tecniche e un contributo da parte degli infermieri: in molti casi lo svezzamento non è stato usato in modo collaborativo per promuovere una presa in carico olistica.

Conclusioni: La dissertazione spiegherà l'efficacia della metodologia usata per studiare il processo decisionale in questo contesto, i problemi che sono emersi durante il lavoro sul campo e come sono stati superati.

Bibliografia :

1. Atkinson H, Hammersley M. (1999) *Ethnography: principles in practice*. New York, Tavistock.
2. Henneman RNE, Dracup K, Ganz T, Molayeme O, Cooper C. (2001) Effect of a collaborative weaning plan on patient outcome in the critical care. *Critical Care Medicine*, 29, 2, 297-301.

197

Miglioramento di qualità nel triage di pronto soccorso: revisionare i diagrammi di flusso del decision making attraverso l'evidence-based practice

Quality Improvement in ED triage: reviewing decision-making flowcharts through evidence-based practice

Stefano Bambi, Marco Ruggeri, Enrico Lumini, Giovanni Becattini

Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze, Italia.

Email: stebam@alice.it becattinig@aou-careggi.toscana.it

Contesto: Nell'ambito del progetto per il miglioramento della qualità nei pronto soccorso della Regione Toscana è stato progettata l'adozione di algoritmi decisionali di triage infermieristico uniformi in tutte le strutture ospedaliere. Sulla base di questo obiettivo, infermieri e medici provenienti dai vari dipartimenti di emergenza hanno ricondiviso mediante consenso i protocolli locali di triage, arrivando ad ottenere un core set di algoritmi da diffondere mediante un programma formativo sistematico composto da un corso base, e da un re-training per quelli precedentemente formati, su tutta la Regione.

Scopo: per validare gli algoritmi decisionali elaborati dal gruppo di triage, sono stati incaricati alcuni infermieri esperti in EBN ad effettuare una revisione delle evidenze scientifiche presenti in letteratura a supporto ogni singola linea decisionale ed alla relativa codifica di livello di urgenza.

Risultati: Il lavoro svolto nel periodo da Dicembre 2007 a Febbraio 2008, si è sviluppato in 3 fasi:

- 1) discussione della metodologia di ricerca da adottare, elaborazione di un format grafico di lavoro ad hoc.
- 2) ricerca bibliografica su database di letteratura secondaria (linee guida, metanalisi e revisioni sistematiche), revisione capillare dei razionali sottesi ad ogni elemento decisionale delle flow chart originali alla luce dei contenuti presenti nella letteratura reperita. In questo momento dello studio sono emerse importanti problematiche legate in prima istanza alla scarsità di prove di efficacia presenti.

3) confronto diretto tra i revisori sugli elaborati in forma semidefinitiva, per risolvere dubbi e incertezze grossolane.

4) Invio al gruppo toscano di triage dei risultati ottenuti per ulteriore consenso sui dati confermati in letteratura e condivisione dei comportamenti da adottare sulle aree rimaste incerte. Sono state riviste 19 flowchart in 200 ore di lavoro. A fronte della scarsità di evidenze scientifiche, si conferma che la maggior parte delle linee decisionali originarie hanno trovato un razionale nella letteratura scientifica reperita.

Bibliografia:

1. ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non–ST-Elevation Myocardial Infarction
2. DeBoard RH, Rondeau DF, Kang CS, Sabbaj A, McManus JG "Principles of basic wound evaluation and management in the ED". Emerg Med Clin N Am 2007;25:23-29
3. Australasian College for Emergency Medicine. The Australasian triage scale. Available at: www.acem.org.au/open/documents/triage.htm.

SESSION 2 DELIVERING PATIENT CARE PRATICHE ASSISTENZIALI

121

L'effetto del bagno a letto sui parametri vitali nei pazienti allettati

Effect of bathing on vital signs in bedridden patients

Ülkü Yapucu Güneş, Ayten Zaybak,

Ege University School of Nursing, Izmir, Turchia. Email: ulku.gunes@ege.edu.tr

Scopo: il disegno dello studio è di tipo descrittivo, ed è stato pianificato per capire gli effetti del lavaggio terapeutico sui segni vitali del paziente allettato.

Metodi: lo studio è stato condotto nella clinica neurologica dell'ospedale universitario. Il campione dei pazienti consiste in 36 adulti. Sono stati esclusi dallo studio i pazienti in ventilazione meccanica, quelli sedati e quelli con i parametri vitali non stabili. I pazienti sono stati lavati con acqua calda e sapone. La durata media e l'oscillazione del tempo del bagno è di 13.1 ± 1.54 . I parametri vitali dei pazienti sono stati misurati prima, subito dopo e trenta minuti dopo il bagno. I dati sono stati analizzati usando il test di ANOVA.

Risultati: l'età media dei pazienti è stata di anni 68.5 ± 10.8 . Si è visto che la pressione media del sangue è stata $132.1/70.1$ mmHg, la frequenza cardiaca è stata 94/min, la frequenza respiratoria è stata 21 atti/min e la temperatura corporea è stata 36.9°C prima che ai pazienti fosse fatto il bagno; dopo il bagno i parametri sono stati come di seguito riportato: PA $135.1/74.4$ mmHg, FC 100/min, FR 23, temperatura corporea 36.6°C ; Dopo trenta minuti dal bagno i parametri erano i seguenti: PA $126.1/71.5$ mmHg, FC 85/min, FR 21/min e temperatura corporea 36.5°C . La lettura dei valori della pressione sistolica ha evidenziato un abbassamento dopo il bagno ($F=6.09$, $p<0.05$). Anche la TC ha avuto un consistente abbassamento solo dopo il bagno ($F=20.7$, $p<0.001$).

Conclusioni: questo studio ha dimostrato come il bagno a letto ha effetti soprattutto sulla pressione sistolica e sulla temperatura corporea.

Bibliografia:

1. Kazumi M, Toshikazu T, Yoshio I. (2000). Temporal variations of blood pressure and pulse rate when getting into and out of the bath. *Japanese Journal of Physiological Psychology and Psychophysiology*, 18(3), 205-217
2. Potter PA, Perry AG. (2005) *Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice*. 6th edition, St. Louis The C.V. Mosby Company.

141

L'associazione tra i livelli dei neuropeptidi dello stress, il dolore e gli interventi infermieristici nei pazienti critici

Association between stress neuropeptide levels, pain and nursing interventions in critically ill patients

Meropi Mpouzika^{1,2}, Giannakopoulou M², Bozas E³, Androulakis J³, Patiraki E², Papathanassoglou EDE²

¹General ICU, "G. Genimatas" Hospital; ²University of Athens, School of Nursing; ³Pediatrics Research Laboratory, University of Athens, School of Nursing, Atene, Grecia. Email: mbouzika@in.gr

Scopo: I malati critici sperimentano elevati livelli di stress. Gli interventi infermieristici e la valutazione del dolore, come il livello di sedazione e di analgesia provvedono ad una stima dell'intensità dei fattori stressanti nei pazienti che non sono in grado di comunicare. Oltre allo stress, stress neuropeptidi vengono rilasciati all'interno della circolazione sistemica. Questo studio mira a esplorare l'associazione tra i livelli di stress neuropeptidi nel siero e:

- a) gli indici di dolore,
- b) interventi infermieristici specifici
- c) livelli di stress nei malati critici.

Metodo: Studio esplorativo correlazionale con ripetute misurazioni. Sono stati studiati trentasei pazienti critici con diverse diagnosi di ingresso e trentasei controlli comparati. I livelli sierici di cortisolo, ACTH e prolattina sono stati quantificati attraverso la chemiluminescenza, e NPY attraverso un'analisi immunosorbente enzima-legata. La severità della diagnosi è stata valutata con gli strumenti valutativi MOF, MODS, APACHE II, GCS e TISS, e l'intensità dei fattori stressanti attraverso la scala ICU-ESS.

L'intensità del dolore è stata valutata con la scala per la valutazione del dolore e la Scala Comportamentale del dolore, sia con scale analogiche visive.

Risultati: Abbiamo osservato:

- a) differenze statisticamente significative tra i pazienti critici e i soggetti controllo rispetto ai livelli di cortisolo e di NPY ($p<0.0001$)
- b) associazione statisticamente significativa tra i livelli sierici di ACTH e l'intensità del dolore ($p<0.0017$),
- c) differenza statisticamente significativa nei livelli sierici dei neuropeptidi a seguito di specifici interventi infermieristici,
- d) nessuna associazione significativa tra i punteggi ICU-ESS secondari all'incapacità ad utilizzare la scala nei pazienti che non potevano parlare.

I livelli di NPY furono inferiori nei pazienti che ricevettero analgesia, e dopo un bagno a letto, mentre erano elevati nei pazienti che ricevevano curarizzazione ($p<0.042$). I livelli di ACTH erano inferiori quando l'analgesia veniva somministrata, e la prolattina era elevata dopo l'aspirazione endotracheale ($p=0.016$).

Conclusioni: Questi risultati supportano un'associazione tra i livelli di neuropeptidi e gli interventi infermieristici e lo stress nei pazienti critici. Questo studio sugli stress neuropeptidi può portare a pianificare un'assistenza infermieristica meno stressante e interventi terapeutici per i pazienti critici.

032

Riduzione delle polmoniti associate ai ventilatori nei reparti di terapia intensiva

Reducing ventilator-associated pneumonia in ICU

Eva Joelsson-Alm, RN, CCRN, MSN Katarina Meijers, RN, CCRN, MSN Jan Häggqvist, MD
IVA Sodersjukhuset, Stoccolma, Svezia. Email: eva.joelsson-alm@sodersjukhuset.se

Contesto: I pazienti che sono stati trattati con ventilazione automatica sono ad alto rischio di sviluppare polmonite associata a ventilatore (VAP), che aumenta mortalità, morbilità e costi. Questa presentazione descrive un progetto per ridurre l'incidenza di VAP introducendo strategie di prevenzione basate su evidenze scientifiche. Questo progetto è partito nell'ottobre 2004 e si è svolto in una unità di terapia intensiva chirurgica multidisciplinare di un ospedale generale a Stoccolma. Fu usato il Breakthrough Series Model for Improvement. Tredici interventi sono stati scelti per essere inclusi nel progetto. Alcuni avevano per argomento l'introduzione di nuove routines (es. la posizione semi-sdraiata, il protocollo di svezzamento), alcuni riguardavano il controllo e l'aumento dell'adesione alle routines già esistenti (es. lavaggio delle mani, protocolli di sedazione). Un totale di 19 infermiere di terapia intensiva, rianimatori e fisioterapisti erano responsabili dell'implementazione dei differenti interventi. Attraverso il progetto, sono state fatte misurazioni mensili dell'incidenza di VAP.

Scopo: Lo scopo specifico, focalizzato sul paziente e misurabile era di diminuire l'incidenza di VAP del 40%.

Risultati: Nel Luglio 2005, dieci mesi dopo l'inizio del progetto, lo scopo fu realizzato: l'incidenza della VAP è stata diminuita del 40%. Negli anni seguenti l'incidenza ha continuato a diminuire ed ora abbiamo un'incidenza minore del 70% in confronto agli anni prima che il progetto partisse. (Figura 1).

Implicazioni: Questo progetto ha dimostrato che è possibile realizzare un effetto permanente sulla riduzione della VAP con strategie preventive. La maggioranza di queste strategie concerne interventi infermieristici, ad esempio posizionamento del paziente ed igiene. La chiave di successo del progetto è il coinvolgimento attivo dello staff insieme ad un approccio multidisciplinare. L'uso di uno specifico modello per il miglioramento con misurazioni mensili dell'incidenza di VAP è stato un grande aiuto e ha reso possibile l'intero progetto.

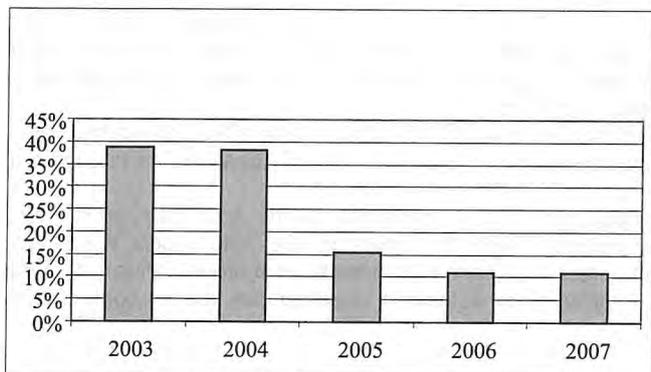


Figura 1. Incidenza VAP per anno. (Pazienti trattati > 48 h in ventilatore).

221

La posizione prona nei pazienti con grave trauma cranico: la nostra esperienza in una terapia intensiva traumatologica

Prone Position in patients with Severe Traumatic Head Injury: our experience in a trauma Intensive Care Unit

Esteban Molano Álvarez, Domínguez Caballero M, Murillo Pérez A, Cornejo Bauer C, Vinagre Gaspar R, Cuenca Solanas M.

12 de Octubre Hospital, Madrid, Spagna. Email: estemolano@gmail.com

Obiettivo: pazienti con grave trauma cranico (STHI) possono sviluppare polmonite acuta (ALI) o Sindrome acuta da Distress Respiratorio (ARDS). L'ipossiemia nelle ALI / ARDS può essere trattata con la posizione prona o inclinata (PP). Viene descritta la nostra esperienza con la PP nel trattamento dei casi STHI, al fine di determinare delle modifiche nella comparsa di complicazioni neurologiche e respiratorie.

Metodi: analisi retrospettiva descrittiva. Criteri di inclusione: pazienti con STHI (Comma Scales Glasgow (GCS) ≤ 8 all'arrivo presso la nostra unità) e PP per ARDS, ammessi alle Unità di Terapia Intensiva (ICU), dal gennaio 2002 fino al dicembre 2007. Durante questo periodo, è stato sviluppato uno speciale letto per consentire PP con testa in posizione neutrale. Sono stati analizzati i dati demografici, e le complicazioni respiratorie e neurologiche. Sono state espresse variabili come la media matematica \pm SD e l'analisi con il t test. I dati sono stati analizzati con SPSS 15,0.

Risultati: sono stati considerati 9 pazienti, di età compresa tra $30,2 \pm 11,9$ anni, GCS iniziale di $4,8 \pm 1,8$, con un totale di 13 PP (PP / paziente $1,4 \pm 0,7$), 10 utilizzando il letto speciale. Le più comuni complicanze sono state: intolleranza alla nutrizione enterale (100%), lesioni da pressione a fronte, torace e addome e nell'area dei dispositivi di spostamento (33,3%) (44,4%) edema a viso / congiuntivale / genitale (100%). PO₂/FiO₂ ratio è migliorata un'ora dopo il PP ($82,1 \pm 22$ vs. $124,2 \pm 66,9$), sei ore ($82,1 \pm 22,1$ vs. $152,2 \pm 64,7$) e 12 ore dopo ($82,1 \pm 22,1$ vs. $177 \pm 77,9$), così come più tardi determinazione analitica in PP ($82,1 \pm 22,1$ vs. $216,6 \pm 57,8$). Pressione intracranica (ICP) nel corso di PP è stato più elevato che in posizione supina $31,5 \pm 10,1$ vs. $22,2 \pm 7,3$ Cerebral Perfusion mentre è diminuito di pressione (CPP) ($71,9 \pm 12,1$ vs. $59,9 \pm 19,1$).

Conclusioni: quando si colloca questo tipo di pazienti in PP è essenziale per valutare l'incidenza di complicanze come l'intolleranza alla nutrizione enterale, edema, piaghe nei punti dei dispositivi di spostamento e di pressione e in settori insoliti come la fronte.
Nei pazienti con ALI / ARDS e STHI, il PP dovrebbe essere valutata in funzione dei benefici di ossigenazione nel deterioramento degli obiettivi di monitoraggio neurologico

030

L'importanza di un programma di vigilanza dello staff sui livelli di rumore in tre terapie intensive per adulti

The impact of a staff awareness programme on noise levels in three adult intensive care units

Annette Richardson, Elaine Coghill, Abigail Thompson, Andrew Irving, Laura Foster, Iain Chambers, Chris Turnock.

Newcastle Upon Tyne Hospitals NHS Foundation Trust, Freeman Hospital, Newcastle Upon Tyne, Gran Bretagna. Email: Annette.Richardson@nuth.nhs.uk

Scopo: I livelli di rumore all'interno dei settings di area critica sono da tempo considerati molto alti, e molti autori descrivono i potenziali effetti avversi del rumore sull'esperienza dei pazienti. C'è stato comunque un piccolo lavoro per sviluppare e valutare interventi che ridurrebbero con successo i livelli di rumore all'interno di un ICU. Un possibile intervento implica la creazione di staff consapevoli dell'impatto del rumore sui pazienti come pure consideri delle possibili vie per ridurre i livelli di rumore. Questo studio ha lo scopo di valutare l'impatto di una campagna per elevare la consapevolezza dello staff sui livelli di rumore all'interno di tre unità di terapia intensiva.

Metodo: La misurazione del rumore nelle tre ICU per adulti avvenne con registrazioni elettroniche ad intervalli di un ora in un periodo di 24 ore usando il misuratore del suono NORSONIC Nor-116. In precedenza, sono stati effettuati al personale una serie di workshops sulla consapevolezza del rumore tenuti per un mese dagli stessi membri del team di studio.

Furono poi eseguite ripetute misurazioni del rumore. Fu utilizzato il sistema di appaiamento t-test per constatare il significato delle differenze tra gli appaiamenti delle letture delle medie di livello di rumore orari dei pre-intervento e post-intervento (A_{eq}) o per misurare le medie dei picchi di rumore orari nei pre-intervento e nei post-intervento (A_{peak}), con significatività settata a p<0.05.

Risultati: Lo studio rilevò un incremento nei livelli di A_{eq} e A_{peak} in tutte e tre le ICU, con un significativo incremento nei livelli di A_{eq} in due ICU ed un significativo incremento dei livelli di A_{peak} in una di queste due ICU.

Conclusioni: I risultati dello studio suggeriscono che non è possibile usare una campagna per la consapevolezza dello staff come intervento per ridurre i livelli di rumore in ICU. Oltremodo, il metodo di registrazione dei rumori, in particolare la registrazione oraria, non può essere un metodo valido per stimare l'impatto degli interventi e gli autori propongono l'utilizzo di un sistema di registrazione tecnica continuo come metodo più appropriato.

048

L'incidenza di delirio da terapia intensiva in Danimarca

Incidence of ICU-delirium in Denmark

Helle Svenningsen, clinical nurse specialist, MCN

Aarhus University Hospital, Aarhus, Danimarca. Email: helle.svenningsen@as.aaa.dk

Il delirio da terapia intensiva (ICU) è stato conosciuto per più di 50 anni come uno stato mentale diverso da quello dei pazienti in stato normale. Il delirio in ICU è determinato da una causa acuta e fluttuante.

Allucinazioni e ansia sono frequenti. Abbiamo esperienza con pazienti che hanno avuto una maggiore durata della permanenza sia in ICU che in ospedale generale. Inoltre, l'esperienza di questo gruppo di pazienti aumenta la morbilità e la mortalità e, la maggioranza, vengono dimessi per essere ricoverati in case di cura.

L'incidenza del delirio ICU è segnalata dal 16 all' 87% in studi internazionali, ma fino ad ora l'incidenza in Danimarca non è nota. Molti studi si concentrano sul rischio nei pazienti anziani.

L'obiettivo di questo studio è stato quello di chiarire l'incidenza del delirio in ICU in Danimarca e di descrivere le correlazioni ai farmaci e all'età.

Metodi: A 139 pazienti adulti delle tre ICU è stata fatta diagnosi di delirio con l'utilizzo del metodo Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) dalle 48 ore dopo il ricovero e fino a quando non sono stati trasferiti ad altri reparti o deceduti.

Il CAM-ICU tiene conto del livello di sedazione del paziente ed è applicabile anche se i pazienti sono connessi al respiratore e la comunicazione verbale non è possibile.

Risultati: 41 pazienti (29,5%) ha avuto almeno un punteggio positivo per delirio, 61 (43,9%) non hanno mai avuto un punteggio positivo e 37 (26,6%) erano troppo sedati, nonostante fossero in ICU per essere analizzati.

Così l'incidenza per delirio da terapia intensiva era almeno il 40,2% tra i pazienti eleggibili di una valutazione con CAM-ICU. I pazienti leggermente sedati (con o senza farmaci) hanno avuto un aumento di 10 volte del rischio di delirio da terapia intensiva. Non vi era alcuna differenza di incidenza in base all'età. I pazienti erano per la maggior parte non sedati quando erano sotto valutazione di delirio, l'assenza di sedazione aumenta il delirio da terapia intensiva in maniera significativa. Il Fentanil utilizzato come analgesico ha mostrato un aumento del rischio relativo del 4,79%

Conclusioni: In Danimarca il delirium in ICU è comune e si verifica in pazienti di tutte le età. Il Fentanil aumenta il delirio contrariamente alla sedazione con altri farmaci.

060

Confronto tra l'efficacia di dispositivi di copertura in polietilene e gocce oftalmiche di carbomer per prevenire i danni da secchezza dell'occhio nei pazienti di terapia intensiva

Comparison the effectiveness of the polyethylene cover versus carbomer eye drop to prevent damage due to dry eye in intensive care patients

Elem Kocacal, Ismet Eser, Sait Egrilmez

Ege University School of Nursing, Izmir, Turchia. Email: elem.kocacal@hotmail.com

Obiettivo: l'obiettivo del nostro studio fu quello di mettere a confronto l'efficacia di coperture oculari in polietilene e gocce oculari carbomer per la prevenzione di ferite oculari dovute alla secchezza dei globi in pazienti assistiti in terapia intensiva.

Metodo: lo studio fu svolto nella unità di anestesia e rianimazione tra il marzo e luglio del 2007. Furono osservati 18 pazienti assistiti al ventilatore meccanico o incoscienti per più di 24 ore ricoverati presso il reparto di TI. Pazienti inclusi nello studio quelli dopo effettuato un test SCHIRMER 1 e test fluorescenza. Un occhio del paziente fu coperto con copertura di polietilene ogni 12 ore e una goccia di carbomer fu instillata nell'altro occhio ogni 6 ore. Tutti gli occhi furono valutati per irregolarità della loro superficie dallo stesso specialista oculista ogni giorno. Lo studio si concludeva quando veniva riscontrato un epitelio infetto attraverso il test di Fluorescenza. Nel caso non si fossero osservate alterazioni della cornea con il test di Fluorescenza l'osservazione continuava fino al fine del quinto giorno.

Risultati: la goccia di carbomer fu considerate approccio alla profilassi della secchezza dei globi oculari in solo 3 pazienti su 18 in tutto il periodo dello studio. La copertura di polietilene fu efficace in tutti i pazienti osservati nel periodo dello studio ($p < 0.001$). Fu osservato un effetto negativo della grande rima palpebrale in posizione di riposo nell'utilizzo della goccia di carbomer

Conclusioni: i pazienti ricoverati in terapia intensiva sono la popolazione ospedaliera ad alto rischio a causa dei trattamenti complessi ricevuti, le loro condizioni cliniche critiche e i vari fattori ambientali determinati dagli ambienti delle terapie intensive. Comunque la cura oculare in questi pazienti può essere vista come un problema minore quando si confronta con la stabilizzazione dell'intero organismo/sistema e può essere ignorata. Secondo lo studio, la copertura di polietilene è realmente efficace nella prevenzione delle ferite corneali dovute a secchezza dei globi nei pazienti di Terapia intensiva.

SESSION 3 USE OF COMPLEMENTARY THERAPIES USO DI TERAPIE COMPLEMENTARI

042

L'arte-terapia medica: influenza sulla qualità di vita e sulla compliance di pazienti con infarto avanzato

Medical art therapy: influence on quality of life and compliance of patients with advanced heart failure

Noga Sela, N. Baruch, R. Stein, V. Yaari, A. Pinchas, A. Assali, M. Vaturi, A. Battler, T. Ben Gal.

Rabin Medical Center, Tel Aviv, Israele. Email: Nogas2@clalit.org.il

Background: L'arteterapia medica (MAT) permette alle persone con patologie mediche di esprimere nell'arte i propri sentimenti di frustrazione, paura, ansia e speranza. Nell'insufficienza cardiaca (HF) depressione ed ansia sono comuni.

Scopo: Valutare l'influenza di un gruppo guidato di MAT sulla qualità di vita e la compliance della terapia su pazienti con avanzata HF.

Metodo: 20 pazienti con avanzata HF furono casualmente divisi: dieci nel gruppo di intervento (A) e dieci nel gruppo di controllo (B). La prima e l'ultima visita erano individuali, durante le quali furono registrati l'Ulman Personality Assessment Procedure (strumento diagnostico del MAT), il Minnesota per pazienti con HF e i questionari di compliance. Entrambi i gruppi si incontravano ogni settimana per 6 settimane. Un terapeuta MAT guidava il gruppo A ad esprimere i loro sentimenti usando materiali di arte. Il gruppo B si riuniva solo per una visita clinica di routine.

Risultati: I punteggi di base iniziali dell'Ulman, compliance e Minnesota furono simili tra i 2 gruppi. Alla fine dello studio il punteggio Ulman migliorò significativamente nel gruppo A, comparato al gruppo B (95 ± 10 to 82 ± 14 $p=0.0006$ vs. 86 ± 10 to 81 ± 12 $p=0.5$) come pure il punteggio di compliance (29 ± 11 to 33 ± 13 $p=0.05$ vs. 36 ± 5 to 36 ± 6 $p=0.9$). Nel gruppo A, il punteggio del Minnesota migliorò significativamente in 7 pazienti e non cambiò in 3 mentre nel gruppo B migliorò in 2, non cambiò in 6 e peggiorò in 2.

Conclusioni: Il MAT migliora la qualità della vita e la compliance nei pazienti con avanzata HF e potrebbe essere usata come parte del bagaglio terapeutico in tutte le cliniche HF.

095

Introduzione del massaggio aromaterapico in una terapia intensiva pediatrica

Introduction of aromatherapy massage on a PICU

Marjan de Jong, L. Van Burgh, M. Zondag, Dr. M. Van Dijk

Erasmus MC – Sophia Children's Hospital, Rotterdam, Olanda. Email: m.dejong.3@erasmusmc.nl

I bambini ricoverati nelle terapie intensive sono sottoposti a molte manovre dolorose. Essi possono percepire l'ambiente circostante come rumoroso, pauroso e pieno di estranei. Il conseguente disagio di solito è contrastato con sedativi, ma questi possono avere effetti negativi. In alternativa, il massaggio dolce potrebbe essere un utile intervento non farmacologico.

Scopi: Introduzione di una tecnica di massaggio, con o senza oli essenziali (aromaterapia), per la ricerca e la pratica clinica.

Risultati: Un infermiere, che si era preparato con un corso di formazione in massaggio, ha introdotto questa tecnica nel gennaio 2007 presso l'unità di terapia intensiva dell'Ospedale Pediatrico Erasmus MC-Sophia.

A partire dal novembre 2007, altri quattro infermieri (tra cui due infermiere che hanno fatto corsi di aromaterapia), un intensivista pediatrica e un terapeuta del gioco hanno seguito corsi di tecnica "m". Venti-tre pazienti di età compresa tra 0 e 16 anni sono stati massaggiati da quel momento, sempre con il consenso dei genitori. I genitori sono stati invitati a familiarizzare con la tecnica, e tutti hanno accettato l'invito.

Anche dei colleghi sono stati massaggiati per far loro sperimentare gli effetti.

Nel gennaio 2008 un uno studio in singolo-cieco randomizzato controllato ha avviato un processo di confronto tra la tecnica di massaggio (aromaterapia) e l'assistenza standard dopo la chirurgia del cranio nei neonati. gli outcome sono il livello di difficoltà, misurato con la scala di comportamento COMFORT e la necessità di analgesici supplementari o sedativi. I primi risultati saranno disponibili nel 2009.

Implicazioni: E' stata attentamente pianificata l'introduzione del tecnica "m" combinata con uno studio ben progettato che ha dimostrato che questa tecnica è un utile strumento per attuare questo intervento. Alcuni medici e infermieri sono stati inizialmente scettici, ma a poco a poco hanno rivalutato l'idea. I genitori che hanno imparato a praticare al loro bambino il massaggio sono stati felici di farlo, piuttosto che restare ai margini e vedere gli altri prendersi cura del proprio figlio.

Un prossimo target saranno i bambini trattati con la Membrana di Ossigenazione Extra Corporea, che sono limitati nei loro movimenti e gravemente malati.

Il lavaggio del corpo con l'olio della pianta da thé previene la colonizzazione dello Stafilococco Aureo Meticillina-Resistente (MRSA) nei pazienti di terapia intensiva? Protocollo di ricerca per uno studio controllato randomizzato

Does tea tree oil body wash prevent Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus colonization in ICU patients? Research protocol for a randomized controlled trial

Gillian Thompson¹, B Blackwood², R McMullan¹, FA Alderdice², GG Lavery¹, DF McAuley¹.

¹Belfast Health & Social Care Trust – Royal Victoria Hospital; ²School of Nursing & Midwifery Research Unit, Queen's University, Belfast, Irlanda del Nord. Email: gillian.thompson@belfasttrust.hscni.net

Contesto: L'olio estratto dalla pianta del tè (TTO) è una sostanza chimica naturale con una vasta attività antimicrobica che è risaputo includere l'MRSA [1]. Solo un numero ridotto di trial clinici sono stati condotti usando preparati contenenti TTO. Questi hanno dimostrato il concetto che formule topiche adatte all'uso umano eradicano la colonizzazione della pelle da MRSA con efficacia simile all'uso corrente di agenti antisettici [2,3]. Nonostante ciò, il suo potenziale per prevenire la colonizzazione e le infezioni da MRSA non è ancora stato valutato.

Scopo: Verificare se un preparato per il lavaggio del corpo arricchito con TTO al 5% sia efficace nel prevenire la colonizzazione da MRSA nei pazienti critici adulti.

Disegno: Centrato sul singolo, fase II/III, prospettico, trial randomizzato controllato.

Intervento: Confronto tra un preparato con TTO al 5% e il lavaggio del corpo standard (Jonstons soft wash) per prevenire la colonizzazione da MRSA. La durata del trattamento è da intendersi per la durata della degenza del paziente di terapia intensiva. Il follow up durerà fino alla dimissione dall'ospedale. Tamponi nasali e inguinali saranno vagliati al momento dell'ingresso e alla dimissione attraverso un metodo di coltura tradizionale per rilevare l'MRSA.

Pazienti e Contesto: Lo studio è stato condotto in una terapia intensiva di 17 posti letto in Irlanda del Nord. 1080 pazienti saranno reclutati per rilevare una differenza clinica significativa almeno del 40% di efficacia tra i due interventi.

Discussione e Stato Attuale: L'acquisizione dell'MRSA fra i pazienti critici rappresenta un problema particolare. Il prolungamento della degenza in terapia intensiva causato dall'infezione da MRSA ha specifiche implicazioni in termini di risorse, dovute al costo eccezionale delle cure in quest'area. Inoltre la riduzione dell'onere dell'MRSA in Terapia intensiva potrebbe portare benefici tangibili sia all'interno dell'ICU sia in altri reparti. Questo studio è cominciato in ottobre 2007. E' stato approvato dal comitato di ricerca etica e dall'Autorità per la Regolamentazione della Salute e del Farmaco e 170 pazienti sono reclutati fino ad oggi. Una sperimentazione è attualmente in corso per espandere lo studio ad un'altra terapia intensiva nell'Irlanda del Nord.

Bibliografia:

1. Messenger S, Hammer A, Carson CF, Riley TV. Assessment of the antibacterial activity of tea tree oil using the European EN1276 and EN12054 standard suspension tests. *J Hosp Infect* 2005;59:113-125.
2. Dryden MS, Daily S, Crouch M. A randomized controlled trial of tea tree topical preparations versus a standard topical regime for the clearance of MRSA colonization. *J Hosp Infect* 2004;56:283-286.
3. Caelli M, Porteus J, Carson CF, Heller R, Riley TV. Tea tree oil as an alternative topical decolonization agent for methicillin resistant Staphylococcus aureus. *J Hosp Infect* 2000;46:236-237.

Efficacia della musico-terapia nei malati critici: una metanalisi

Effectiveness of music therapy in critical illness: a metanalysis

Demetra Tsakoumaki^{1,2}, Papatthanassoglou EDE²

¹General ICU, "Evangelismos" Hospital", Atene; ²University of Athens, School of Nursing, Atene, Grecia.

Email: dtsak@nurs.uoa.gr

Obiettivo: E' stata eseguita una metanalisi sugli effetti della musicoterapia sugli indici fisiologici e psicologici dei pazienti critici trattati.

Metodi: effettuata una metanalisi su sperimentazioni cliniche che coinvolgono adulti in generale, seguiti in cardiocirurgia e TI coronarica. I dati furono analizzati attraverso l'uso di "Review Manager 4.2.10". Gli effetti sulla frequenza cardiaca, pressione sistolica, diastolica, ansia furono testati prima e dopo musicoterapia e i pazienti che hanno ricevuto tali trattamenti sono stati messi in relazione ad un gruppo controllo. Furono testati variabili continue Weighted Mean Difference (WMD) e il 95% Intervalli di confidenza. In caso di discrepanza delle scale di misurazione fu testato lo Standardized Mean Difference (SMD). L'eterogeneità fu testata dal primo test e fu adottato un modello degli effetti random quando possibile. Dati bias furono valutati graficamente in appositi grafici (fannel plots).

Risultati: 18 osservazioni nei criteri di inclusione. I risultati suggeriscono che la musicoterapia effettivamente riduce l'ansietà (pre-test–post-test SMD=-1.21, 95%CI+ -1,70—0,73), (music–no music SMD=-0,59, 95%CI= -1,00—0,17), frequenza cardiaca (pre-test–posttest WMD=-2,99, 95%CI=-5,35—0,64) (music-no music WMD=-5,16, 95%CI= -7,60—2,72) in pazienti in condizioni critiche. Gli effetti sulla pressione sanguigna sistolica sebbene in favore della musicoterapia non sono stati significativamente rilevanti (pre-test–post-test WMD= -3,46, 95%CI =6,86—0,06), (music-no music WMD=-1,94, 95%CI= -7,46—3,58) come sulla pressione diastolica (pre-test–posttest WMD= -2,08, 95%CI= -4,56—0,39), (music–no music WMD=-2,99, 95%CI= -5,51—0,47).

Conclusioni: la musicoterapia potrebbe ridurre l'ansia nei pazienti in condizioni critiche e promuovere una generale risposta di rilassamento come indicato dalla diminuzione della frequenza cardiaca e una tendenza alla riduzione dei valori della pressione arteriosa.

Sebbene ulteriori studi siano necessari, appare che la musicoterapia ha effetti favorevoli e potrebbe perciò essere incorporata nei piani di assistenza infermieristici in modo complementare per il basso rischio e i bassi costi di intervento.

154

Gli effetti della musico-terapia sulla qualità di vita nei pazienti con dolore da cancro

The effects of the music therapy on quality of life in patients with cancer pain

Monica Massa, Marina Pensieri, Fabrizio Moggia

Genova, Italia. Email: la.trappola@libero.it

Scopo: Questa ricerca viene svolta con l'obiettivo di verificare gli effetti della musicoterapia sulla qualità della vita del paziente oncologico, in fase terminale, con lo scopo di dimostrare come la somministrazione della musicoterapia, oltre che sulle condizioni psicologiche, emozionali e spirituali, riscontrate in altre ricerche, possa agire positivamente anche sui parametri vitali, quali il dolore percepito, la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca e la frequenza respiratoria.

Metodo: La ricerca, iniziata da circa un anno presso l'hospice di Genova Gigi Ghirotti, riguarda pazienti volontari, con indice di Karnofsky pari o inferiore a 40 ed un'aspettativa di vita non superiore ai 3 mesi, ai quali vengono rilevati i parametri di riferimento, prima e dopo la somministrazione.

Risultati: L'elaborazione statistica dei dati raccolti sino ad oggi, sviluppati anche mediante il test di Wilcoxon, ha fornito riscontri positivi in quanto tutti i valori si siano abbassati.

Conclusioni: La ricerca, sino ad oggi, ha permesso di confermare la positività della musicoterapia che può essere utilizzata tranquillamente in supporto alle normali terapie farmacologiche, andando a migliorare ulteriormente la qualità della vita dei pazienti e accompagnandoli con maggiore dignità e serenità alla morte, oltre che elevare anche il livello di assistenza che l'infermiere fornisce a tutti i malati.

Questi, facendosi promotore della musicoterapia verso il paziente, introducendone gli effetti benefici, andrebbe ad instaurare un dialogo nel quale si potrà creare empatia. Lavorando in equipe con medici e musicoterapeuta, potrà organizzare un momento dedicato esclusivamente alla somministrazione, in modo che il paziente ne possa beneficiare al massimo.

Bibliografia:

1. Benenzon R. Manuale di Musicoterapia. Borla 1995. Roma
2. Challenger LM, Walsh D, Huston MJ, Nelson KA, Steele AL. Music therapy in palliative medicine. Springer – Verlag, 2000, Cleveland (USA)
3. De Conno F, Martini C, Zecca E. Fisiopatologia e terapia del dolore Masson, 1996, Milano.

069

L'effetto della musico-terapia sui segni fisiologici dell'ansia nei pazienti con supporto ventilatorio meccanico

The effect of music therapy on physiological signs of anxiety in patients receiving mechanical ventilatory support

Esra Akin Korhan, Leyla Khorshid

Ege University İzmir, Turchia. Email: akinesra80@hotmail.com

Contesto: L'obiettivo di questo studio è stato quello di esaminare gli effetti della musica classica sui segni fisiologici dell'ansia (pressione sistolica, pressione diastolica, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e saturazione di ossigeno) in pazienti turchi che ricevono supporto ventilatorio meccanico.

Metodi: È stato utilizzato il controllo dello studio dei casi, con ripetute misure sperimentali di progettazione. La grandezza del campione è stata determinata sulla base di Repeated Measures ANOVA Power Analysis con 30 pazienti arruolati nello studio sperimentale e 30 nel gruppo controllo. I soggetti erano di nazionalità turca, dai 18 anni ai 70 anni, non avevano malattie psichiatriche o neurologiche, non ricevevano alte dosi di supporto inotropo, non avevano assunto farmaci per il blocco neuromuscolare, erano emodinamicamente stabili ed usavano lo stesso metodo di ventilazione meccanica, erano in grado di sentire ed avevano un punteggio del Glasgow Coma Scale di 9 o più. L'ordine di musico-terapia è stato randomizzato in due gruppi differenti. Grazie alle sue proprietà di riduzione dell'ansia, la sedazione per infusione endovenosa è stata sospesa giornalmente 30 minuti prima dell'inizio della sperimentazione in entrambi i gruppi. I pazienti ascoltavano musica rilassante, composta da musica classica con 60-66 battiti al minuto, utilizzando Media Player e cuffie. Il brano musicale scelto era il trio di sonate di Bach n. 19 eseguito da James Galway al flauto. Ai soggetti sono stati presi i parametri vitali immediatamente prima della seduta, al 30esimo, al 60esimo ed al 90esimo minuto della seduta. L'analisi dei dati è stata fatta utilizzando numeri, percentuali, Chi-quadro, T test a campione Indipendente, Repeated Measured ANOVA, Mann-Whitney U e Bonferroni test.

Risultati: Il gruppo sottoposto alla musico-terapia aveva frequenza respiratoria, pressione sistolica e diastolica più bassa rispetto al gruppo di controllo. Questa diminuzione andava progredendo al 30esimo, 60esimo e 90esimo minuto durante la seduta, ad indicare un effetto cumulativo.

Conclusione: La musico-terapia è una terapia non invasiva, poco costosa, e non determina un aumento del tempo di intervento infermieristico. Gli infermieri di terapia intensiva possono applicare la musico-terapia come un intervento non farmacologico per ridurre i segni dell'ansia nei pazienti critici che ricevono supporto ventilatorio meccanico.

Bibliografia:

1. Angela O, Chang Y, Chan M, Chan W. (2005) Music and its effect on the physiological responses and anxiety levels of patients receiving mechanical ventilation: a pilot study. *Journal of Clinical Nursing* 14(5), 609-622.

2. Chlan L, Tracy MF, Nelson B, Walker J. (2001) Feasibility of a music intervention protocol for patients receiving mechanical ventilatory support. *Medical Complete* 7(6), 80-83.
3. Lee OKA, Chung YFL, Chan M, Chan W. (2005) Music and its effect on the physiological responses and anxiety levels of patients receiving mechanical ventilation: a pilot study. *Journal Of Clinical Nursing* 14, 609-620.

214

La musico-terapia nel paziente in coma in terapia intensiva: uno studio pilota

The music therapy in the patient in a coma in Intensive Care Unit: a pilot study

Debora Cesar, Clelia Postir, Monica Cesar, Sonia Basso

Udine, Italia. Email: peressoni.luca@aoud.sanita.fvg.it

Contesto: La musicoterapia emerse come disciplina distinta nel XIX secolo e si dimostra a tutt'oggi un efficace trattamento complementare per la riduzione dello stress, ansia e dolore. La ricerca ha trovato che la frequenza respiratoria e cardiaca, oltre all'ansia, si riducono dopo una sessione di musica in pazienti sottoposti a ventilazione meccanica.⁽¹⁾

Pochi sono invece gli studi svolti nei pazienti in coma e con trauma cranico nella fase critica sebbene per le informazioni limitate vi è evidenza che la musica riduca l'agitazione e lo stato confusionale, migliori l'umore e faciliti la comunicazione.⁽²⁻³⁾

Scopo: A tale scopo un gruppo di infermieri delle terapie intensive dell'ospedale di Udine stanno elaborando un protocollo sulla stimolazione sonoro-musicale in collaborazione con un musicoterapeuta.

L'implementazione di tale protocollo comporterà un successivo studio osservazionale sugli effetti della musica e degli stimoli sonori correlati al comportamento di pazienti tra i 15 e 65 anni, affetti da trauma cranico, ESA, post-neurochirurgici e neurolesi, a 72 h dal ricovero sino alla fase riabilitativa.

Metodo: Il protocollo si compone di una scheda di anamnesi sonoro-musicale, di interventi distinti secondo le competenze infermieristiche e musicoterapiche ed in base al livello funzionale-cognitivo attuale del paziente (secondo la Level Cognitive Function); oltre ad una fase di valutazione degli interventi tramite scale di valutazione neurologica, scale di agitazione/sedazione, registrazione dei parametri vitali e dei tempi di svezzamento.

Risultati e Conclusioni: Si prevedono i seguenti risultati: una riduzione degli episodi di inerzia e/o di agitazione psicomotoria e disorientamento nella fase di risveglio, ridotto uso dei mezzi di contenzione; maggior regolarità dei ritmi sonno-veglia; rinforzo dell'attenzione selettiva e dei riferimenti spazio-temporali; ridotti tempi di svezzamento. Tutto questo verrà svolto nell'ottica di ottimizzare i tempi di degenza, migliorare la qualità di vita e accelerare la fase riabilitativa.

SESSION 4 TRAINING & EDUCATION ADDESTRAMENTO E FORMAZIONE

179

Esperienze di studenti infermieri tirocinanti in terapia intensiva: uno studio fenomenologico

Experiences of nursing students training in intensive care unit: a phenomenological study

Sevinc Tastan RN PhD, Emine Iyigun RN PhD, Hatice Ayhan RN, Sevgi Hatipoglu RN PhD.

School of Nursing, Gulhane Military Medical Academy (GMMA), Ankara, Turchia. Email: sytastan@yahoo.com

Scopo: descrivere l'esperienza clinica degli studenti di assistenza infermieristica in terapia intensiva.

Metodi: lo studio è stato effettuato all'Accademia Militare Medica Gulhane (GMMA) dal 1 marzo al 30 aprile 2008. Lo studio utilizza un approccio fenomenologico descrittivo. Gli studenti dell'anno scorso che hanno effettuato 20-22 giorni di esperienza di pratica clinica in terapia intensiva e che desideravano partecipare allo studio hanno dato il loro consenso dopo essere stati adeguatamente informati. È stato incluso un gruppo studio di ricerca di 15 studenti di assistenza infermieristica. I dati sono stati ottenuti attraverso interviste registrate, dettagliate e senza limiti di tempo, che sono durate circa 35-45 minuti.

Risultati: sono emerse sei categorie dalla descrizione dell'esperienza in terapia intensiva dei partecipanti, che sono:

- 1) sentimenti provati dagli studenti di assistenza infermieristica,
- 2) esperienze riguardo la pratica clinica,
- 3) fattori ambientali di terapia intensiva,
- 4) problemi etici,
- 5) comunicazione in terapia intensiva,
- 6) difficoltà provate dagli studenti di assistenza infermieristica.

Conclusione: al termine del periodo di tirocinio in terapia intensiva, la fiducia nelle proprie capacità e nelle abilità pratiche degli studenti sono migliorate. Condividere l'esperienza degli studenti è importante per i formatori clinici perché attraverso il loro aiuto è stato possibile revisionare i fattori ambientali della formazione clinica esistente e applicare un nuovo assetto.

031

Infermieri neolaureati in ambiente intensivo: novizi in terapia intensiva

New graduate nurses in critical care setting: novices in intensive care unit

Farida Saghafi¹ RN, BSc, MSN Ed, PhD Candidate; Dr Jennifer Hardy² RN, RM, BSc, MHP Ed, PhD; Dr Sharon Hillege² RN, RM, BHS, PG Cert TESOL, PhD

St.Vincent's Private Hospital, Darlinghurst, Australia. Email: fsaghafi@bigpond.net.au

Le basi di questa ricerca sono di pensare per i neolaureati a delle opportunità per condividere le loro esperienze in un'area critica. Lo studio risulta dalle osservazioni personali dell'autore e dalla carenza di letteratura correlata.

Scopo: Lo studio mira a esplorare l'esperienza degli infermieri neo-laureati giorno dopo giorno nelle terapie intensive di Sydney, New South Wales, Australia. Lo studio ha evidenziato un numero di fattori: sfide complesse e stressanti provate dai neo-laureati, insieme ai bisogni educativi dinamici nel provvedere un'assistenza infermieristica di qualità in terapia intensiva.

Metodi: La ricerca è stata condotta in una terapia intensiva generale a 12 letti in un ospedale privato di 250 posti letto. Si è considerato che un approccio fenomenologico descrittivo husserliano sia la struttura più appropriata per scoprire le loro esperienze vissute. I dati sono stati raccolti utilizzando interviste audio-registrate approfondite, semi-strutturate che sono state trascritte, codificate e analizzate utilizzando il metodo Colaizzi sino alla comparsa dei temi.

Risultati: Uno dei maggiori temi emersi fu di "essere un principiante nei setting di terapia intensiva" con i seguenti sotto-temi:

- 1) l'auto-comprensione del principiante,
- 2) il "sapere che" rispetto al "sapere come",
- 3) sensazioni di apprendimento negativo.

I risultati sono stati riassunti come:

- 1) sfide, inclusa la crescita in terapia intensiva;
- 2) dilemmi, compreso il pensiero critico nella presa di decisioni;
- 3) bisogni educativi, conoscenze e capacità richieste per fornire assistenza a coloro che sono malati critici.

Conclusione: I risultati indicano la necessità di un supporto di educazione continua per i neo-laureati che lavorano in terapia intensiva. Viene proposto lo sviluppo di un programma di supporto alla pratica professionale (PPSP) che includa: materiale web, una cartella di competenze di abilità cliniche, un manuale di orientamento on-line, e sfide di pensiero critico basate su scenari utilizzando l'evidence based practice che è commisurato alla accortezza della tecnologia delle generazioni giovani.

Bibliografia:

1. Polit DF, Beck CT. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp.253-254.
2. Colaizzi, PF. "Psychological Research as the Phenomenologist Views It" in R.S. Valle, M. King (ed.), (1978). *Existential Phenomenological Alternatives for Psychology*, New York: Oxford University Press.

039

Competenza dell'assistenza infermieristica: un confronto delle aspettative dei familiari e dei medici riguardo le competenze dell'assistenza infermieristica in una terapia intensiva neonatale

Competence of Nursing Care: a comparison of parental and physician expectations regarding the competence of nursing care on a neonatal intensive care unit

Martina Giessen-Scheidel, Dipl. Pflegepädagogin

University Hospital Johannes Gutenberg , Mainz, Germania. Email: giessen-scheidel@fkp.klinik.uni-mainz.de

Obiettivo: specifiche tesi di diploma identificano le aspettative dei genitori e dei medici nelle competenze assistenziali degli infermieri delle unità di Terapia Intensiva Neonatale (TIN).

Le particolari aspettative furono messe a confronto. L'opportunità di riflessione dovrebbe essere suggerita agli infermieri e potrebbe aiutare a migliorare la competenza infermieristica.

Metodo: il fondamento teorico per chiarire i termini di competenza infermieristica fu basata sui testi di Holoch (2002), Raven (2006), Benner ed altri (2000) e Loos (2006). Inoltre furono condotte altre due ricerche qualitative. Sulla base di due studi incrociati, furono analizzati 12 casi. Inoltre fu condotta una ricerca qualitativa riassuntiva; 6 genitori e sei medici di una TIN sono stati intervistati sulle loro considerazioni sulle aspettative che avevano rispetto le competenze infermieristiche.

Risultati: sono stati sviluppati e messi a confronto 2 modelli di correlazione che mostrano i punti di vista dei genitori e dei medici. Genitori e medici hanno fondamentalmente le stesse richieste nei confronti delle competenze infermieristiche ma essi le riferiscono con differente enfasi.

Sulla base di una diversa esperienza (circostanze eccezionale per i genitori e giornaliera attività per i medici) le aspettative dei genitori sono maggiormente motivate per enfasi e quelle dei medici sono più scientificamente orientate.

Conclusioni: dovrebbe essere condotto un modello di validazione e potrebbe aiutare a dare un ulteriore significato circa l'importanza del modello per gli infermieri. La complessità delle aspettative presentate sulle competenze infermieristiche può aiutare l'infermiere a confrontare il proprio livello di comprensione con quello che pensano i genitori e i medici.

Forse gli infermieri potrebbero eticamente riflettere sui loro comportamenti attraverso l'analisi dei parenti e dei medici.

155

Strumento per la conoscenza interattiva e l'assistenza quotidiana – TILDA

Tool for interactive learning and daily assistance - TILDA

Sue Harden¹, A. Bäcklund², P. Rosenlof³, E. Olsson⁴, F. Persson⁴

^{1,2}Intensive care Unit, Malmö University Hospital, ³Anesthesia Unit, Malmö Ospedale Universitario, ⁴Interactit, Interactit, Malmö, Svezia. Email sue.harden@skane.se

Scopo: Dal personale di terapia intensiva ci si aspetta che sia in grado di gestire un grande flusso di informazioni; allo stesso tempo viene richiesta un'assunzione di responsabilità da parte del Sistema Sanitario e di Assistenza Nazionale, che assicuri un'adeguata competenza del personale nell'utilizzo delle attrezzature medicali. Lo scopo di questo lavoro è stato di ideare uno strumento efficace e sicuro per un training delle competenze.

Metodo: il sistema TILDA è stato sviluppato, testato ed applicato nella terapia intensiva (2005), in collaborazione con l'Università. L'applicazione è sempre disponibile su internet e dunque facilmente accessibile. Il modulo formativo ed il materiale di studio sono stati tutti costruiti e sono garantiti dallo staff. TILDA, e può facilmente essere esteso ad un grande numero di utilizzatori. E' basato sulle esigenze individuali ed adattabile all'utilizzatore, con moduli didattici costruiti sulle esigenze dei vari professionisti (es: medici, infermieri, aiuto-infermieri, fisioterapisti). I certificati di competenza vengono rilasciati dopo una adeguata lettura ed un test a risposta multipla.

Risultati ed implicazioni: TILDA consta di due capitoli principali. Uno contiene indicazioni per il training con attrezzature medicali, metodi per la certificazione di operatori ed argomenti di addestramento specifico in terapia intensiva. I corsi per il training sono veloci e facili da creare. Le parti teoriche e pratiche e gli esercizi vengono completati con un test e possono venire combinati con revisioni di apprendimento pratico.

Il secondo capitolo tratta il controllo di qualità. Il certificato di competenza rappresenta una conferma che l'utilizzatore ha preso parte al corso di training ed ha appreso un livello di conoscenza sufficiente, e pertanto ha la funzione di controllo di qualità e di strumento di sicurezza, sia per coloro che erogano assistenza che per coloro che la ricevono. I certificati inoltre, a scopo amministrativo, rendono possibile una visione generale dei risultati del training nel dipartimento. Ciascun utilizzatore viene fornito di un suo registro/conto personale.

Le competenze individuali vengono conservate ed un soggetto può controllare il proprio registro in ogni momento. TILDA è raccomandato dal Sistema Sanitario e di Assistenza Nazionale in Svezia per il training nell'ambito del servizio medico.

L'importanza di un programma di livello avanzato nell'ambito dell'assistenza infermieristica in area critica per l'infermiere specialista.

The importance of advanced level for specialist nurse program in intensive care nursing

Marianne Lindblad Fridh

School of Health Sciences, Jönköping University, Department of Nursing Science, Jönköping, Svezia.

Email: Marianne.Lindblad-Fridh@hhj.hj.se

Obiettivo: L'obiettivo è stato quello di studiare come gli studenti / infermieri di terapia intensiva hanno autovalutato le competenze acquisite nel mondo accademico, le loro concezioni l'importanza di tali competenze nel loro lavoro professionale e come questo muta durante sei anni.

Metodo: Il campione consiste in una coorte annuale di studenti (n = 221) di tutti gli istituti di istruzione superiore in Svezia (n = 18) dove gli infermieri si sono specializzati in programmi di terapia intensiva infermieristica che sono stati offerti nel 2000. I dati sono stati raccolti tramite un questionario alla fine del percorso formativo nell'anno 2000 e un altro nell'anno 2006. Dopo sei anni il 68 per cento (n = 150) sono ancora in servizio nelle ICU e 67% di questi (n = 100) ha risposto a entrambi i questionari. Per analizzare le modifiche è stato utilizzato McNemar. I risultati qui riportati sono solo una piccola parte di un più ampio studio.

Risultati: il 49% degli studenti ha valutato le proprie competenze in materia di analisi e di interpretazione delle attività di ricerca alta / molto alta alla fine della percorso di studi, ma dopo sei anni di lavoro solo il 22% ha valutato alta / molto alta la competenza (p =, 000). Il 38% degli studenti ha valutato la propria competenza infermieristica nell'individuare un problema e avviare il lavoro di miglioramento della qualità alta / molto alta alla fine del corso e dopo sei anni sul luogo di lavoro; il 42% ha valutato alta / molto alta la stessa competenza (ns). Il 18% degli studenti ha valutato le proprie competenze nel condurre e organizzare il lavoro di miglioramento della qualità alta / molto alta alla fine del corso, e dopo sei anni di lavoro il 24% ha valutato alta / molto alta competenza la stessa competenza (ns). Varia tra 64 a 88% per importante/ molto importante per il ruolo professionale l'importanza che viene data per l'albero delle conoscenze.

Conclusione: Al fine di preparare meglio l'infermiere come infermiere specializzato in assistenza in cure intensive, sarà importante curare nel programma il miglioramento della qualità di lavoro e dell'EBN e per i datori di lavoro sarà importante migliorare la possibilità per gli infermieri di lavorare con EBP.

Bibliografia:

1. Lindblad Fridh, M. (2003). From general nurse to specialist nurse in intensive care. A study of experiences of specialist education and initial professional practice in intensive care (PhD thesis). Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensi

VENERDI, 10 OTTOBRE 2008

SESSION 5 DEBATE ON FAMILY VISITING IN CRITICAL CARE VISITE DEI PARENTI IN AREA CRITICA

116

Terapia intensiva pediatrica: confronto tra terapia intensiva chiusa e aperta

Paediatric intensive care: comparison of closed versus open visiting

Paesotto Giorgia¹, Pierluigi Badon²

¹Azienda Ospedaliera di Padova, ²Università di Padova, Padova, Italia. Email: giopae85@libero.it

L'ammissione in un reparto di terapia intensiva pediatrica provoca nel bambino uno stress psicologico dovuto all'assenza dei genitori, alla perdita di controllo o previsione delle situazioni, alla mancanza di autonomia e senso di sicurezza, che l'incapacità di coping del bambino non riesce a fronteggiare.

Lo scopo è di sostenere l'importanza di aprire la terapia intensiva pediatrica ai genitori, esaminando le più comuni obiezioni e valutando le motivazioni cliniche ed etiche che sostengono tale sistema di visita.

Le obiezioni all'apertura tra il personale sanitario sono: aumento del rischio di infezione per il paziente, interferenza con il lavoro dell'equipe, aumento dello stress per il paziente e per i familiari, violazione della privacy.

Non ci sono evidenze scientifiche che sostengano la necessità di limitare le visite, al contrario l'apertura non rappresenta un rischio dal punto di vista clinico e migliora il coping della famiglia e del paziente all'ospedalizzazione, diminuendo lo stress psicologico del paziente e della famiglia che interferisce con una normale crescita del bambino.

Gli infermieri promotori dell'apertura dovranno essere adeguatamente formati a relazionarsi con il bambino e i familiari nell'ottica del family centred care in quanto l'apertura non deve essere mossa semplicemente dal riconoscimento di un diritto, bensì dal fatto che risponde ai bisogni del bambino e della famiglia, e realizza pienamente il rispetto per la vita della persona migliorandone la qualità.

La scelta dev'essere rinnovata e rimotivata in periodici momenti di verifica, personalizzata per ciascuna famiglia e adeguata alle singole realtà.

Bibliografia:

1. Endacott R. Needs of the critically ill child: a review of the literature and report of a modified Delphi study. *Intensive Crit Care Nurs.* 1998 Apr;14(2):66-73
2. Giannini A. Open intensive care unit: the case in favour. *Minerva anestesologica.* 2007;73(5):299-306
Review
3. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiain MC. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nurs Crit Care.* 2006 Jan-Feb;11(1):33-41

033

"Fare assistenza in pubblico": l'impatto di una politica di terapie intensive aperte sugli infermieri di area critica

'Nursing in public': The impact of an open visiting policy on ICU nurses

Susanne Kean, ESRC Postdoctoral Fellow

University of Edinburgh, Edinburgo, Gran Bretagna Email: Susanne.kean@ed.ac.uk

Contesto: Nel corso degli anni i problemi delle visite nelle ICU sono stati appassionatamente dibattuti. In questo lavoro mi concentro sulle esperienze degli infermieri che lavorano con i familiari in terapia intensiva. Il problema dell'"infermieristica in pubblico" emerge come conseguenza di una politica d'apertura alle visite che sfida gli infermieri a lavorare in associazione con i familiari.

I dati sono presi da un'indagine qualitativa più ampia che indagava le esperienze dei familiari in unità di terapia intensiva durante la malattia critica di un familiare e le percezioni che gli infermieri avevano dei familiari in tale ambiente.

Metodo: Lo studio utilizzò un approccio basato sulla teoria costruttivista (Charmaz 2006), che riconosce che gli individui contengono realtà diverse. Furono condotte interviste a nove gruppi familiari (12 adulti e 12 bambini / giovani persone) aventi un parente ricoverato in ICU ed a venti infermieri di ICU attraverso un focus group. L'approvazione etica per lo studio fu accordata dal Comitato di Etica di riferimento.

Risultati e Conclusioni: I racconti degli infermieri e dei familiari enfatizzarono le diverse implicazioni dei due gruppi, riguardo ad alla politica di apertura alle visite. I familiari la vedevano come un'offerta di flessibilità vitale nel soddisfare il loro bisogno di visitare il parente malato critico, mentre altri familiari la vedevano come un dovere. Il sistema di interfacciamento tra famiglia ed infermieri è poco capito nell'assistenza sanitaria. In contrasto con i familiari, gli infermieri sperimentavano la politica d'apertura alle visite come un'intrusione nel loro quotidiano lavoro di cura. L'"infermieristica in pubblico" accoglie le sfide degli infermieri delle ICU di adempiere ai loro doveri lavorativi mentre sviluppano una collaborazione di cura con i familiari. L'utilizzo del concetto sociologico di "ordine negoziale" (Strauss et al. 1963) suggerisce un metodo per andare incontro alle necessità sia dei familiari che degli infermieri di ICU.

Bibliografia:

1. Charmaz K. (2006) *Constructing Grounded Theory - A Practical Guide through Qualitative Analysis*, SAGE Publications, London.

2. Strauss A, Schatzman L, Ehrlich D, Bucher R, Sabshin M. (1963) The hospital and its negotiated order. In *The Hospital in Modern Society* (Freidson, E. ed.) Free Press of Glencoe, London.

229

Linee di condotta sulle visite in Terapia Intensiva. Uno sguardo generale sui punti di vista degli infermieri delle terapie intensive tedesche

Visiting Policies in Intensive Care Units. A Survey of German ICU Nurses' views

Stefan Juchems, BScN

University of Witten/Herdecke, Institute of Nursing Science, Düsseldorf, Germania

Email: stefan.juchems@uni-wh.de

Scopo: La ricerca internazionale dimostra che i parenti sono molto importanti per i pazienti con una patologia critica, mentre molte terapie intensive hanno orari di visita molto ridotti (1). Questo studio, iniziato da Stiftung Pflege (Fondazione Infermieristica) esamina la gestione delle visite nelle terapie intensive della Germania, dove giornalmente 18.400 pazienti vengono curati. Gli obiettivi sono:

a) indagare le modalità di visita delle terapie intensive in Germania;

b) esplorare le gli atteggiamenti degli infermieri rispetto ai membri delle famiglie.

Metodi: Una revisione della letteratura ricavata dai comuni database ha mostrato 58 articoli relativi alla gestione delle visite. Il disegno di studio è descrittivo e non sperimentale. I dati vennero collezionati da 240 scuole di terapia intensiva utilizzando un campione di convenienza. Il questionario fu sviluppato da Stiftung Pflege e basato sui risultati di uno studio condotto da Metzger (2). 1530 questionari idonei furono restituiti, i dati furono analizzati da SPSS.15. Ai partecipanti fu confermato l'anonimato, la confidenzialità e la volontarietà; il consenso fu dato attraverso una lettera.

Risultati: Gli infermieri di terapia intensiva in Germania utilizzano prevalentemente modelli di visita restrittivi, regolati da tempo, durata, numero di visitatori, relazione tra l'assistito e i visitatori ed età degli stessi. Una elevata porzione di infermieri dissentono da questa gestione restrittiva. La deviazione è piuttosto casuale e questo può essere dato dalla ambiguità tra le modalità di gestione ufficiali e le esperienze vissute. Deve essere evidente che questo studio ha comparato la gestione delle visite delle terapie intensive per adulti e pediatriche/neonatali per la prima volta, e che le risposte degli infermieri si differenziano significativamente in parte.

Conclusioni: Viene raccomandato di cambiare la comprensione degli infermieri in un modello di cura alla famiglia. Le persone care verrebbero così apprezzate come vitali per la sopravvivenza del paziente. Una gestione liberale delle visite viene usata più uniformemente e porta a una maggiore accettazione (3). Concetti vissuti e provati nelle terapie intensive pediatriche possono essere usate come guide al cambiamento. Ulteriore ricerca è necessaria, ma gli outcome di questa indagine suggeriscono l'integrazione nell'infermieristica e la messa in pratica.

Bibliografia:

1. Kleinpell R. (2008) Visiting hours in the intensive care unit: More evidence that open visitation is beneficial. *Critical Care Medicine*. 36(1): 334-335.

216

Non aprire quella porta: percezioni e bisogni di familiari nella sala d'attesa del Pronto Soccorso

Don't open that door: perceptions and needs of family members at the Emergency Department waiting room

Martino Donnini, Enrico Lumini

Scandicci, Italia. Email: e.lumini@tin.it

Scopo: il tempo d'attesa può essere un'esperienza stressante per i familiari che attendono con ansia notizie sui loro cari all'esterno del DEA. Da un punto di vista olistico è importante conoscere i loro comportamenti e i loro bisogni in modo da progettare un'assistenza migliore. Lo scopo di questo studio è quello di descrivere, attraverso le osservazioni, il comportamento e gli eventi che si verificano durante il periodo di attesa.

Metodi: nel marzo 2008 sono stati studiati 24 familiari nella sala d'attesa del DEA dell'ospedale di Careggi a Firenze (Italia). È stato utilizzato il metodo interpretativo della Grounded Theory nell'ambito di un disegno di studio preliminare di tipo qualitativo. Sono state effettuate osservazioni non partecipate in aperto. I familiari ed i loro dialoghi e comportamenti sono stati osservati durante tutto il periodo di attesa e le osservazioni sono state integrate con annotazioni sul campo.

Risultati: dalla fase di selezione e codifica sono emerse quattro variabili principali che costituiscono la parte centrale del materiale elaborato. Le variabili sono in ordine di importanza: informazioni e comunicazioni, condivisione, organizzazione delle attività quotidiane, passatempo. Solamente due familiari hanno avuto reazioni aggressive legate al prolungamento dell'attesa. Molti dialoghi hanno sottolineato la carenza di informazioni riguardo al tempo di attesa, al funzionamento del DEA o alle condizioni cliniche dei loro cari. L'ambiente asettico della sala d'attesa non aiuta ad affrontare ansia e preoccupazione e nemmeno offre la possibilità di distrazione per sopportare un tempo medio d'attesa che è di circa 4-6 h.

Conclusioni: l'attesa è percepita come fonte di ansia causata da molteplici variabili. Prima fra tutte la mancanza di complete informazioni sia dal punto di vista clinico che organizzativo. Emerge con forza che infermieri e medici debbano garantire chiare e complete informazioni ad intervalli regolari. Organizzando e predisponendo la sala d'attesa è necessario tenere in considerazione i bisogni dei familiari offrendo comfort ma anche opportunità di distrazione per affrontare il lungo periodo di attesa.

Bibliografia:

1. Muntlin A, Gunningberg L, Carlsson M. Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *J Clin Nurs*. 2006 Aug;15(8):1045-56

2. West E, Barron DN, Reeves R. Overcoming the barriers to patient-centred care: time, tools and training. *J Clin Nurs.* 2005 Apr;14(4):435-43
3. Wiman E, Wikblad K. Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *J Clin Nurs.* 2004 May;13(4):422-9

NC

Dovremmo aprire o chiudere le terapie intensive ai familiari?

Should we open or close the ICU for family members?

Alberto Giannini

Terapia Intensiva Pediatrica, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena

Email: a.giannini@policlinico.mi.it

Le rianimazioni italiane hanno tradizionalmente una struttura "chiusa". Esse, infatti, presentano politiche d'accesso molto restrittive e pertanto la presenza dei familiari è limitata. Tale strategia è stata frequentemente motivata con i timori riguardo il rischio di infezioni, l'interferenza con le cure al paziente, l'aumento dello stress per pazienti e familiari e la violazione della confidenzialità.

Le attuali conoscenze non solo hanno fatto venir meno questi timori ma hanno anche evidenziato che la separazione dai propri cari è un rilevante motivo di sofferenza per il paziente, e che uno dei bisogni più importanti dei familiari è quello di fare visita al paziente e stargli accanto.

Allo stato attuale non esiste dunque alcuna solida base scientifica per limitare l'accesso dei familiari e dei visitatori in rianimazione. Al contrario, numerosi dati suggeriscono che la liberalizzazione dell'accesso alla rianimazione per familiari e visitatori non solo non è in alcun modo pericolosa per i pazienti ma è anzi benefica sia per loro sia per le famiglie.

La rianimazione "aperta" può essere definita come la struttura di cure intensive dove uno degli obiettivi dell'équipe è una razionale riduzione o abolizione di tutte le limitazioni non motivatamente necessarie poste a livello temporale, fisico e relazionale.

L'apertura della rianimazione non dovrebbe avvenire tanto per la pressione di una più matura sensibilità sociale o per il semplice riconoscimento di un diritto, quanto per la consapevolezza che questa scelta realizza pienamente il rispetto per il paziente e può dare risposte più adeguate ad alcuni dei suoi bisogni.

SESSION 6 STAFF, WORKLOAD & STRESS

STAFF, CARICO DI LAVORO E STRESS

219

Attività infermieristiche basate sul Punteggio delle Attività Infermieristiche nelle terapie intensive polacche

Nursing activities based on Nursing Activities Score in the Polish intensive care units

Edyta K. Cudak, PhD, RN, Danuta Dyk PhD, RN,

Department of Anaesthesiological and Intensive Care Nursing, Faculty of Health Sciences, Poznań University of Medical Science, Poznań, Polonia. Email: edytacud@ump.edu.pl

Scopo: Lo scopo del lavoro era quello di presentare i dati delle attività infermieristiche registrate attraverso il punteggio di attività infermieristica (NAS) [1].

Metodo: Il Nursing Activities Score [2] costituisce uno strumento metodologico, mentre l'osservazione e l'analisi della documentazione medica dei pazienti, costituiscono una tecnica metodologica. Lo studio è stato condotto con un'analisi prospettica delle attività infermieristiche rilevate attraverso il NAS in unità di terapia intensiva polacca. Lo studio fu condotto simultaneamente per 2 mesi e mezzo in un gruppo di 314 pazienti in unità di terapia intensiva.

Risultati: Durante lo studio 32.610 attività infermieristiche furono registrate in 24 ore e categorizzate a seconda che fossero connesse con la terapia, il nursing, l'amministrazione, l'assistenza dei parenti e dei pazienti in termini di supporto psicologico. Durante il turno notturno furono registrate 25.732 attività ($p < 0,005$). Le più comuni attività svolte comprendevano le cure standard ai pazienti ed occupano il 4,1% del tempo assistenziale (1.763 volte), mentre cambiare la posizione dei pazienti più di 3 volte in 24 ore occupa il 12,4% del tempo, ed è stato fatto per 2.065 volte durante lo studio. Le attività connesse al prendersi cura dei parenti occupava il 4% del tempo durante il turno (1.914 volte), solo in 50 casi prendersi cura dei parenti impegnava più di 3 ore. Le attività amministrative standard occupano il 4,2% del tempo assistenziale (1.931 volte). Tra le attività connesse al monitoraggio dei parametri vitali ci sono 1.492 situazioni registrate che richiedono costante osservazione del paziente per 2 ore. Nel gruppo delle attività terapeutiche le meno frequenti risultavano sia la misurazione emodinamica con catetere Swan-Ganz sia la misurazione della pressione intracranica (rispettivamente 32 e 6 volte).

Conclusioni

1. Le attività infermieristiche si focalizzano sul monitoraggio dei pazienti generalmente intorno al 12,1% del tempo assistenziale.
2. Le attività d'igiene occupano il 4,1% del tempo e quelle connesse al posizionamento e movimentazione del paziente occupano il 12,4% del tempo assistenziale.
3. Il supporto emotivo ai familiari e pazienti usualmente occupa solamente il 4% del tempo e le attività amministrative standard occupano di solito 4,2% del tempo assistenziale.
4. In terapia intensiva le attività terapeutiche occupano circa il 57% del tempo assistenziale.

Bibliografia:

1. Cudak EK. Analysis of the use of nursing staff work time in the intensive care units. PhD dissertation, Poznań University of Medical Sciences Poznań, 2007
2. Miranda DR Nap R, de Rijk A. Nursing Activities Score. *Critical Care Medicine*. 2003 ;31 :374-382

227

Gestire le attività quotidiane in terapia intensiva: gli infermieri responsabili dell'assistenza sotto il peso delle informazioni

Managing daily activities at the ICU: charge nurses under the weight of information

Lundgrén-Laine H, Kontio E, Salanterä S

University of Turku, Department of Nursing Science, Turku, Finlandia. Email: hklula@utu.fi

Scopo: Gli infermieri responsabili delle ICU sono in prima linea mentre gestiscono le cure e le attività quotidiane dell'infermieristica intensiva. Essi dovrebbero avere la possibilità ed una base formativa per agire sugli eventi cruciali in tempo reale. Abbiamo chiesto loro quali decisioni avevano preso e quali informazioni avevano utilizzato nella gestione delle attività quotidiane nell'ottica di migliorare nel futuro la pratica clinica ed il processo decisionale degli infermieri responsabili delle ICU attraverso le tecnologie.

Metodo: Il nostro studio è stato condotto in due terapie intensive medico chirurgiche finlandesi in un ospedale universitario da aprile a giugno 2007. Furono condotte osservazioni non strutturate con la tecnica del pensiero corrente ad alta voce. 20 infermieri volontari con oltre 5 anni d'esperienza lavorativa di responsabilità (9 femmine/3 uomini) furono osservati in differenti turni in reali situazioni cliniche. Fu registrato il loro pensiero ad alta voce. Per l'analisi fu applicato il protocollo includente il primo ed il secondo livello di verbalizzazione. [1].

Risultati: Complessivamente furono registrate 64 ore piene di dati (con una dispersione da 3 a 6 ore). Molte delle decisioni e delle informazioni usate erano correlate alla gestione delle risorse umane. Le informazioni generali ai pazienti, le informazioni concernenti i loro parametri vitali, i dati di ammissione e dimissione come pure le abilità tecniche del personale erano altamente necessarie quando le decisioni dovevano essere prese.

Conclusioni: Il processo decisionale degli infermieri responsabili è incombente con una gran quantità di informazioni e molte delle attività sono ancora gestite per via cartacea o annotazioni e basate sulla memoria anche se la maggior parte delle informazioni utilizzate sono in formato elettronico. Nel futuro, avremo bisogno di sviluppare tecniche applicative con una migliore fruibilità e collegare le informazioni per sostenere le conoscenze degli infermieri responsabili in ICU durante i loro processi decisionali.

Ringraziamenti: Fondazione agenzia finlandese per le tecnologie ed innovazioni (Tekes 40020/07) e la Fondazione culturale finlandese.

Bibliografia:

1. Ericsson K.A. & Simon H.A. (1993) Protocol Analysis. Verbal Reports as Data. The MIT Press, Massachusetts Institute of Technology, USA.

022

Un confronto della percezione dei fattori di stress in terapia intensiva da parte degli infermieri e dei pazienti greci

A comparison of Greek nurses' and patients' perceptions of intensive care unit stressors

Nikolaos Efstathiou¹, Maria Ompasi², Aleka Galanaki²

¹University of Birmingham, Birmingham, UK; ²Korgialeneio-Benakeio Red Cross Hospital of Athens, Atene, Grecia. Email: n.efstathiou@bham.ac.uk

Obiettivo: La natura stressante della terapia intensiva per i pazienti ha attirato l'attenzione dei ricercatori che hanno tentato di identificare i fattori di stress ambientali ai quali i pazienti sono sottoposti. Con l'utilizzo di strumenti quali la 'Scala dei fattori di stress ambientali in terapia intensiva' e il suo adattamento i ricercatori hanno cercato di identificare la percezione dei fattori di stress sia per i pazienti che per gli infermieri. Nonostante l'interesse in questo campo, a livello mondiale, e il riconoscimento che i risultati diversi possono essere dovuti alle differenze culturali, non è ancora stata condotta in Grecia una ricerca in questo campo. Lo scopo di questo studio è stato di esaminare l'attendibilità della 'Scala dei fattori di stress ambientali in terapia intensiva' in lingua greca e valutare se ci fosse qualche differenza rispetto ai risultati ottenuti negli altri stati.

Metodo: E' stata usata una versione in greco del 'Questionario sui fattori di stress ambientali' per raccogliere i dati. Per lo scopo di questo studio è stato usato un modello comparativo descrittivo. I soggetti sono stati reclutati in una terapia intensiva di un ospedale regionale di Atene. Il campione è di 29 pazienti e 31 infermieri di area critica. L'analisi dei dati è stata fatta con l' SPSS versione 11.

Risultati : In questo studio il 'soffrire' è percepito come la situazione più stressante sia dai pazienti che dagli infermieri. Altre situazioni di stress, che entrambi i gruppi hanno valutato come stressante, era 'non essere capaci di comunicare' e 'avere un tubo nel naso o nella bocca'. I risultati dello studio in Grecia erano simili a quelli degli altri paesi. Il coefficiente di Cronbach è stato usato per calcolare la consistenza interna della versione greca del questionario. L'alpha totale era di 0.92, che è entro il tasso accettabile per le scale dei fattori di stress.

Conclusione : La versione in greco del questionario può ora essere usata in uno studio su larga scala per esplorare ulteriori percezioni dei pazienti e degli infermieri greci dei fattori di stress in terapia intensiva.

145

La sindrome di burnout in terapia intensiva

Burnout syndrome in ICU

Adriano Friganovic, RN, BsN Marijana Zaja, RN, BsN

University Hospital Zagreb, Zagabria, Croazia. Email: info@hdmsarist.hr

Introduzione: il burnout è la progressiva perdita di idealismo ed energia, come risultato di frustrazione e stress. Il burnout è definito come una risposta fisica ed emotiva ad un alto livello di stress. Si presenta con diversi sintomi, sia somatici che psicologici.

Lo scopo di questa ricerca è di verificare il grado di burnout tra le infermiere che lavorano nelle unità di terapia intensiva. L'indagine è stata supportata da Croatian Nurses Society of Anaesthesia, Reanimation, Intensive Care and Transfusion. Il gruppo campione era di 237 infermiere da 12 ospedali Croati.

Metodi: Per il fine di questa ricerca, sono stati mandate questionari a tutti gli ospedali croati ed alle unità di terapia intensiva. Abbiamo ricevuto di risposta 237 questionari da 12 ospedali.

Risultati: Le infermiere che lavorano da più di 15 anni in unità di terapia intensive (ICU) nel 25% dei casi hanno sintomi di burnout e il rimanente 75% è candidato al burnout. Le infermiere che vi lavorano da 5 a 10 anni sono al 100% candidate al burnout. Le infermiere che vi lavorano da meno di 5 anni non mostrano alcun segno di questa sindrome.

Conclusioni: Il grado di burnout dipende dal periodo di lavoro in ICU. I risultati di questa ricerca indicano il bisogno di rotazione dello staff infermieristico ogni 5 – 10 anni. La rotazione dello staff infermieristico è un buon metodo per evitare il burnout. Comunque, l'insoddisfazione delle condizioni lavorativa è un fattore che può aumentare il rischio di burnout. Condizione lavorative sicure, buona organizzazione e possibilità di insegnamento sono fattori che possono diminuire il rischio di burnout.

029

Prevenire il logoramento da compassione e riaffermare i fini nell'infermieristica

Preventing compassion fatigue and reaffirming purpose in nursing

Vidette Todaro-Franceschi, RN, PhD

New York, USA. Email: vtodaro@hunter.cuny.edu

Gli infermieri di area critica incorrono con maggior facilità nel rischio di provare stress da empatia a causa del ritmo di lavoro frenetico, dell'ambiente ad alta pressione dove per la maggior parte ognuno è coinvolto nell'impegno a salvare vite umane. Eccelliamo nel prenderci cura degli altri, ma molto spesso falliamo terribilmente nel prenderci cura di noi stessi. Per poter svolgere il proprio lavoro, gli infermieri di area critica

hanno bisogno di muoversi velocemente e in modo consapevole e, di conseguenza, possiamo essere accusati di essere distanti e insensibili. Chi parla di burnout e, in particolare di stress traumatico secondario (stress da empatia), dice che provare questo fenomeno è il costo naturale del prendersi cura di coloro che soffrono. C'è un volontario soffocamento delle emozioni insieme al concomitante distanziarsi dalla situazione contingente. Ma gli infermieri possono utilizzare dei metodi per ridurre lo stress da empatia. Quando il prestare assistenza infermieristica diventa solo lavoro e si è terrificati dall'idea di andare al lavoro ogni giorno, è ora di riesaminare le intenzioni e di riaffermare il nostro scopo di essere infermieri.

Scopi: Lo scopo di questa presentazione è di fornire agli infermieri di area critica informazioni con le quali essere capaci di prevenire e, nei casi in cui sia già evidente, di riconoscere e trattare lo stress da empatia attraverso il riaffermare lo scopo del lavoro dell'infermiere, con il tempo venuto meno, per vedere ciò che normalmente non si nota.

Risultati: I partecipanti saranno in grado di riconoscere i segni dello stress da empatia e mettere in pratica alcune metodologie per migliorare la qualità della vita lavorativa. I partecipanti se ne andranno con un rinnovato senso dello scopo di essere infermieri.

Implicazioni: L'altruismo è il cuore dell'assistenza infermieristica. Gli infermieri hanno un desiderio fondamentale: aiutare gli altri nel bisogno. In area critica tutti sono in crisi; tutti hanno bisogno di cure, incluso chi presta assistenza. Per continuare ad amare ciò che facciamo come infermieri, abbiamo bisogno di ricordare a noi stessi la necessità di impegnarci di continuo in cure empatiche attraverso la presenza, di rendere testimonianza e vicinanza piuttosto che prendere le distanze dai nostri pazienti, dai colleghi e da coloro i quali amiamo.

252

L'influenza del carico di lavoro infermieristico sul controllo frequente della glicemia

Influence of nursing workload on tight glycaemic control

Francisco Javier Carmona, Montse Martínez, Sonia García, Rosana Alameda, Cristina Quirós, Ana Jara, Isabel Cerrillo, Gloria Rollán, Alejandro Algora, Juan Carlos Sánchez

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, Spagna. Email: javier.carmona@urjc.es

Scopo: Il controllo glicemico frequente (CGF) nei malati in terapia intensiva è stato dimostrato essere uno strumento utile nella riduzione della morbi-mortalità. Gli studi rivisitati hanno fatto riferimento ad un incremento del carico di lavoro infermieristico quando viene applicata questa strategia terapeutica. Un buon controllo glicemico richiede un numero maggiore di controlli glicemici allo scopo di rendere minimi gli effetti degli eventi avversi (soprattutto l'ipoglicemia). Nessuna delle ricerche revisionate stabilisce l'effetto che il carico di lavoro infermieristico produce sulle valutazioni glicemiche. Lo scopo di questo studio è di valutare la relazione fra il carico di lavoro infermieristico e il CGF.

Metodo: Studio prospettico condotto in una terapia intensiva di 12 posti letto (ottobre-dicembre 2007). Tutte le misurazioni dei controlli glicemici nei pazienti con CGF ed i carichi di lavoro infermieristico (utilizzando la scala NEMS) sono stati registrati quotidianamente. L'occupazione media della terapia intensiva stata di 11,39 pazienti (SD=1.71). 33 pazienti sono stati trattati con seguendo il protocollo per il CGF.

Risultati: Sono state eseguite 1973 misurazioni di glicemia (21.5 misurazioni /die, SD= 14.9). 56.9 % di queste erano nel range di obiettivo (100-140 mg/dl).

La media giornaliera del carico di lavoro infermieristico in questo periodo è stata di 299.76 punti NEMS (SD= 49,76). La media giornaliera del carico di lavoro per infermiere è stata di 59.95 (SD= 9.95).

E' stata calcolata la correlazione di Pearson fra la percentuale delle misurazioni nel range di target ed il carico di lavoro infermieristico. La correlazione era $r=-0.236$ ($p > 0.05$). E' stata considerata anche la correlazione di Pearson fra il numero giornaliero di malati presenti in terapia intensiva e la percentuale di misurazioni nel range di target, ma questa non risultata statisticamente significativa ($r = -0.166$; $p = 0.125$).

Conclusioni: L'utilizzo del CGF nei malati in situazione critica implica un incremento nel numero di misurazioni della glicemia allo scopo di mantenerne i valori nel range ed evitare gli effetti avversi. Il numero delle misurazioni nel range di target viene ridotto quando aumenta il carico di lavoro infermieristico. E' necessario ricercare ulteriormente in questo campo e potrebbe essere interessante utilizzare differenti scale di valutazione del carico di lavoro infermieristico.

SESSION 7 CARDIOVASCULAR CARE ASSISTENZA CARDIOVASCOLARE

104

Il team di assistenza cardiologica: sviluppo del percorso per i pazienti con sopraslivellamento ST nell'infarto del miocardio

The heart care team: Developing the itinerary of patients with ST elevation myocardial infarction

Cinzia Casini, Rachele La Sala

Parma, Italia. Email: cinziacasini@yahoo.it

Il progetto riguarda il percorso assistenziale della persona con infarto miocardico tipo ST sopraelevato (STEMI). Siamo nell'ambito di un percorso generale iniziato nel 2003, voluto dai Piani Sanitari, che ha investito tutta la regione.

Esso concerne la riorganizzazione della rete di assistenza, per ridurre l'alto tasso di mortalità dell'infarto STEMI, migliorando la qualità del percorso diagnostico terapeutico.

Individuati indicatori di performance, si sono adottate quindi strategie di cambiamento a livello locale.

Il contesto è costituito dai Dipartimenti di Emergenza e Cardiopolmonare dell'ospedale di Parma.

Con il progetto si è voluto realizzare un nuovo percorso assistenziale rivolto alla persona con STEMI, il cui obiettivo generale è quello di perseguire la tempestività degli interventi assistenziali. L'infermiere di riferimento del caso, il "Case Manager", provvede alla presa in carico totale e personalizzata del paziente durante l'intero iter diagnostico e terapeutico (PDTA).

Il progetto ha visto una corposa fase di pianificazione, con individuazione delle criticità e definizione del quadro concettuale, una di attuazione, e si completa con una fase di controllo per valutarne l'impatto clinico.

Tutto ciò si traduce in qualità dell'assistenza per l'utenza, in termini di tempestività nella diagnosi e terapia, ma anche per quel che riguarda la dimensione soggettiva della malattia.

Il progetto implica un cambiamento comportamentale e crescita professionale per gli operatori, infatti sperimentano il nuovo ruolo infermieristico del Case Manager, l'integrazione con le altre figure sanitarie coinvolte, e garantiscono continuità assistenziale: investono inoltre sugli aspetti relazionali, nel supporto alla persona e alla famiglia, in informazione ed educazione sanitaria.

Il nuovo modello infermieristico è uno dei punti chiave del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale, insieme con la 'telemedicina', ossia il collegamento diretto tra assistenza territoriale (118) e ospedale.

La organizzazione nel complesso guadagna in efficacia, efficienza e appropriatezza delle prestazioni erogate.

228

Applicazione di protocolli clinici per la sindrome coronaria acuta: la prospettiva infermieristica

Implementing clinical pathway for acute coronary syndrome: nursing perspective

Maruša Brvar, Sabina Podlesnik, Suzana Rozman, Vesna Andročec

University Medical Centre Ljubljana, Slovenia. Email: marusa.brvar@kclj.si

La sindrome coronarica acuta include l'angina pectoris instabile, infarto miocardico con alterazioni del tratto ST e infarto miocardico senza alterazione del tratto ST (NSTEMI).

Una rapida diagnosi ed un intervento cardiaco immediato sono importanti ai fini di influenzare i risultati clinici. L'intervento percutaneo alle coronarie è una metodologia efficace per la ricanalizzazione delle arterie coronariche ed è il trattamento principale per i malati con STEMI al Centro Medico Universitario di Lubiana. Allo scopo di favorire un'assistenza di elevata qualità, è stato sviluppato un percorso clinico per i pazienti che si basa sulle linee guida nazionali per il trattamento della sindrome coronaria acuta.

Scopo: Viene presentata la prospettiva infermieristica nella gestione del malato con sindrome coronarica acuta con particolare attenzione sulle competenze dell'infermiere dal momento del ricovero fino alla dimissione dall'ospedale seguendo un percorso clinico.

Risultati: I malati con sospetto di sindrome coronarica acuta sono inseriti nel percorso clinico. Viene raccolta una dettagliata storia relativa al tipo ed alla durata del dolore, alla quale segue una visita generale con tecnica di base. L'ECG è fondamentale per il prosieguo del trattamento.

Altri importanti aspetti nel controllo del dolore sono l'informazione al malato, la rassicurazione, il riposo a letto ed il monitoraggio in un ambiente controllato. Di gestione immediata dovrebbero anche essere le somministrazioni terapeutiche prescritte dal medico (ossigeno, analgesici oppiacei, nitrati, aspirina, clopidogrel, eparina e farmaci anticoagulanti). I malati che presentano STEMI persistente sono candidati alla rivascolarizzazione arteriosa e vengono inviati direttamente al laboratorio per il cateterismo cardiaco.

Dopo l'intervento i malati vengono accolti nella terapia intensiva medica, dove viene loro applicato un monitoraggio continuo per la rilevazione delle aritmie cardiache ad alto rischio, dei segni di aumento del dolore toracico e della situazione emodinamica.

La riabilitazione è legata alle condizioni del paziente ed include le informazioni riguardanti la terapia farmacologica, la dieta, il controllo della pressione e l'adeguamento dello stile di vita.

Conclusioni: L'implementazione del percorso clinico per i malati con sindrome coronarica acuta ha aumentato la comunicazione e la collaborazione fra gli infermieri e gli altri professionisti sanitari coinvolti nel trattamento. Ha assicurato una migliore continuità, un approccio più sistematico nella cura e migliori outcome per i malati.

177

L'integrazione tra la documentazione informatica, le linee guida e l'evidence based nursing possono rappresentare la strada per la miglior pratica clinica. Un'esperienza pilota in terapia intensiva coronaria

The integration between computerized documentation, guidelines and evidence based nursing can be a way to best practice - a pilot experience in coronary care unit

Contesto: L'attività infermieristica è influenzata dalla qualità della documentazione utilizzata, poiché la pratica è basata sull'acquisizione di informazione.

Scopo: Nell'UTIC della Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo di Pavia è stato da noi creato ed implementato sperimentalmente un sistema documentativo computerizzato di pianificazione assistenziale basato su linee guida ed evidenze scientifiche (Intensive Cardionursing Software).

Risultati e Implicazioni: Gli obiettivi dell'introduzione del sistema sono: riduzione del rischio clinico e della ridondanza di documentazione; determinazione dei carichi di lavoro; monitoraggio delle complicanze; possedere indicatori di processo e risultato; realizzare una banca dati spendibile per la ricerca infermieristica; ridurre la variabilità assistenziale; migliorare l'outcome degli utenti. Il software, che facilita l'inserimento dei nuovi infermieri e funge da guida per gli studenti, è stato realizzato soddisfacendo gli standard e criteri richiesti per l'accreditamento d'eccellenza (Joint Commission International standards, ISO-EN 9001).

207

Ospedale Generale di Nicosia (NGH) Squadra dell'Arresto Cardiaco (CAT). Pratica e risultati dei primi anni

Nicosia General Hospital (NGH) Cardiac Arrest Team (CAT). First years' practice and outcomes

Marios Georgiou, Christos Eftychiou

Nicosia Cipro. Email: mariogrn@spidernet.com.cy

Scopo: L'ospedale di Nicosia ha implementato nel 2007 la sua politica di rianimazione. Lo scopo di questo studio era quello di valutare la frequenza degli arresti cardiaci e gli outcomes delle rianimazioni dell'ospedale generale di Nicosia (NGH) e valutare ogni associazione tra la percentuale di sopravvivenza e le caratteristiche dei pazienti.

Metodo: Abbiamo attuato un'analisi prospettica dei dati di tutte le chiamate per arresto cardiaco nell' NGH tra gennaio e dicembre 2007.

Risultati: I team dell'arresto cardiaco (CAT) fu chiamato 83 volte. L'arresto cardiaco fu riscontrato in 69 chiamate 4 dei quali erano arresti respiratori. Nell' 86% il ritmo iniziale era l'asistolia/PEA ed in 14% la VF/VT. Il ROSC fu raggiunto nel 52% dei casi. La sopravvivenza alla dimissione fu raggiunta dal 17.8% dei pazienti con arresto e nel 14.5% degli arresti cardiaci. I pazienti con iniziale ritmo di asistolia/PEA furono dimessi nel 5% dei casi ed i pazienti con ritmo VF/VT nel 70% di casi. Circa il 36% dei pazienti con meno di 60 anni furono dimessi ed il 12% dei pazienti con più di 60 anni. Il CAT arrivò in 1.6 minuti, il primo shock in VF/VT fu liberato a 1.5 minuti e la prima dose di adrenalina in asistolia/PEA fu fatta a 2.7 minuti.

Conclusioni: Per i nostri pazienti è molto più probabile sopravvivere ed essere dimessi se hanno meno di 60 anni, se sono ricoverati presso il dipartimento di cardiologia ed il loro ritmo iniziale è la VF/VT. I nostri outcomes sono simili alla percentuale di sopravvivenza dei più grandi studi, comunque sono stati identificati punti di miglioramento ed è necessario attuare degli interventi per migliorare la documentazione e gli outcomes negli arresti in ospedale.

Parole chiave: arresto cardiaco, rianimazione, team dell'arresto cardiaco.

083

Breve esame ecocardiografico eseguito da infermieri specialisti in terapia intensiva cardiotoracica.

Short echocardiographic exam performed by specialist nurses in cardiothoracic intensive care unit

Maria Antonietta Fumagalli, M.L. Guardoni, E. Catena, C.F. Anelli, G. Diletto

Niguarda Hospital, Milano, Italia.

Obiettivo: Valutare l'accuratezza di un breve protocollo ecocardiografico ("short-echo") eseguito da un infermiere specializzato con conoscenze ecocardiografiche, confrontato con "short echo" eseguito da un medico (anestesista-cardiologo).

Metodo: 20 pazienti critici (età 54±10 anni) ammessi consecutivamente in una unità postoperatoria di cure intensive (ICU) dopo intervento cardiocirurgico, hanno effettuato short-echo eseguito da un infermiere specializzato e immediatamente poi da un medico in un modo cieco (a blind manner).

L'esame della breve eco, limitato a massimo di 5 minuti e a visioni parasternale e apicale, include:

- 1) stima visuale del ventricolo sinistro (LV) frazione di eiezione (normale > 60%, depressa 30-60%, severa depressione < 30%);
- 2) stima virtuale del ventricolo destro (RV) e diametro diastolico (EDD) in visione delle quattro camere apicali: normale (RVEDD<LVEDD), dilatato (RVEDD=LVEDD), severa dilatazione (RVEDD>LVEDD);
- 3) Controllo di presenza/assenza di versamento pericardico e/o pleurico.

Risultati: 12 studi erano considerati assolutamente normali da entrambi gli osservatori, 8 anormali. Non vi erano parametri singoli considerati normali dall'infermiere specializzato che erano considerati anormali dal medico. Entrambi gli esami hanno scoperto anomalie nella frazione di eiezione del LV in 8 pazienti (4 pazienti < 30%), RV dilatato in 2 pazienti, versamento pericardio in 1 paziente. Una discrepanza tra lo short-echo dell'infermiere specializzato e del medico si era notata in 2 casi riguardanti la valutazione del grado di dilatazione del RV e della distinzione di versamento pericardico e pleurico.

Conclusioni: L'infermiere specializzato con conoscenze ecocardiografiche era capace di riconoscere accuratamente disfunzioni del LV. In situazioni di emergenza, uno schema impostato per "ecografie limitate" può rendere un infermiere specializzato capace di indagare la funzionalità del LV come utile strumento diagnostico per la rapida identificazione di disfunzione cardiaca e per la conseguente gestione del paziente. Nello scenario elettivo l'ecografia in ICU aiuta gli infermieri specializzati e medici a capire i trattamenti prioritari e le opzioni sulla base delle conoscenze di fisiopatologia, ottenute direttamente attraverso immagini di malattie cardiache strutturali.

Bibliografia:

1. Kirkpatrick JN et al. Effectiveness of echocardiographic imaging by nurses to identify left ventricular systolic dysfunction in high-risk patients. *Am J Cardiol.* 2005;95(10):1271-2.

SESSION 8 PAIN & SEDATION IN NEONATES AND CHILDREN IL DOLORE E LA SEDAZIONE NEI NEONATI E NEI BAMBINI

047

Assistenza infermieristica postoperatoria in una popolazione pediatrica che riceve analgesia intravenosa di morfina

Post-operative nursing in a paediatric population receiving intravenous morphine analgesia

Michela Bevilacqua, M.L. Massone

Ospedale Pediatrico Giannina Gaslini, Genova, Italia. Email cory72@libero.it

Scopo dello studio è stato quello di valutare l'evoluzione del controllo del dolore in bambini che ricevevano morfina endovenosa continua (EC), infusione continua con analgesia controllata dal paziente (PCA), infusione continua con analgesia controllata dall'infermiere (NCA), dopo interventi di chirurgia maggiore.

Popolazione: 48 pazienti ASA I-III, 12±5.3(0.9-28) anni, 41.8±20 (7-87) kg. sottoposti consecutivamente ad interventi pediatrici di chirurgia cardiovascolare e ortopedica dal 1° Giugno al 31 Dicembre 2007, sono stati confrontati con 14 pazienti controllo ASA I-III 10±6.8 (0.3-23) anni, 32.9±23.7 (5-82) kg. sottoposti consecutivamente ad interventi al 1° Aprile al 31 Maggio 2007.

Sono stati esclusi bambini al di sotto dei 3 mesi e/o con importanti disturbi cognitivi.

Metodo: lo studio della popolazione è stato inserito in un programma di 72 ore con analgesia con morfina in infusione continua (IC), o infusione continua con PCA, o infusione continua con NCA, monitoraggio orario e trattamento dei segni vitali, score dolore, effetti avversi.

Il controllo della popolazione è iniziato, quando ancora ricevevano il tradizionale protocollo antalgico. Il monitoraggio è iniziato all'arrivo del paziente in reparto. Per i pazienti ricoverati in terapia intensiva il monitoraggio è iniziato al momento dell'estubazione e con buone condizioni cardiovascolari. I pazienti estubati oltre le 12 ore dopo la fine dell'intervento sono stati esclusi dallo studio.

Il coinvolgimento infermieristico riguardava, la valutazione del dolore con le scale di valutazione del dolore, monitoraggio dei segni vitali, trattamento dell'insufficiente analgesia, monitoraggio e trattamento degli effetti avversi. Una particolare formazione è stata fatta per l'utilizzo dei nuovi dispositivi (PCA-NCA).

Risultati: nel gruppo di studio 2 pazienti hanno ricevuto morfina in infusione continua, 34 infusione continua e PCA, 12 infusione continua e NCA.

Il dolore è stato significativamente più basso nel gruppo di studio in 20 dei 21 eventi di controllo orario ($P < 0.05$ at 5 punti). Non sono stati registrati eventi avversi in entrambi i gruppi.

Conclusioni: l'introduzione di un programma antalgico postoperatorio con morfina endovenosa associato ad una valutazione del dolore e un trattamento degli effetti collaterali in una popolazione pediatrica è stata sicura ed efficace.

Bibliografia:

1. Bray RJ et al. Morphine consumption and respiratory depression in children receiving postoperative analgesia from continuous morphine infusion or patient controlled analgesia. *PaedAnaesth* 1996;6:129-34
2. Peters JWB et al. Patient controlled analgesia in children and adolescents: a randomized controlled trial. *PaedAnaesth* 1999;9:235-41

113

Realizzazione di una gestione standard della sedazione nella terapia intensiva pediatrica: possibile e fattibile?

Implementation of standard sedation management in pediatric intensive care: effective and feasible?

Erwin Ista¹ PhD RN, Matthijs de Hoog¹ MD PhD, Dick Tibboel² MD PhD, Monique van Dijk² PhD RN

Intensive Care, Department of Pediatrics¹ and Pediatric Surgery², Erasmus MC-Sophia Children's Hospital, Rotterdam, Olanda. Email: w.ista@erasmusmc.nl

Scopo: studiare gli effetti dell'introduzione del protocollo di trattamento per i bambini in terapia intensiva e analizzare la compliance dell'infermiere di terapia intensiva pediatrica (PICU).

Metodi: la somministrazione di analgesici e sedativi durante i primi sette giorni di degenza è stata documentata come campione di convenienza sia prima che dopo l'implementazione di valutazioni delle sedazioni standardizzate rispetto ad un protocollo per le sedazioni.

Il pre e post-test della scala della sedazione sono stati collegati all'uso della scala comportamentale COMFORT, all'interpretazione degli infermieri della scala di sedazione e alla VAS. L'aderenza degli infermieri al protocollo di sedazione, come quantità di sedativi e analgesici somministrati, è stata valutata per 21 mesi dopo post-test durato 12 mesi.

Risultati: la sedazione per 27 pazienti è stata registrata nel pre-test e per 29 pazienti dopo l'introduzione del protocollo di sedazione. Sia la media della somministrazione del midazolam che della morfina erano significativamente alti nel periodo post-test. La proporzione di pazienti con scala COMFORT tra 11 e 22 indicante una sedazione adeguata, è incrementata dal 63% del pre-test al 72% del post-test ed il 75% nel lungo termine. Secondo i punti-limite (cut-off) definiti dal protocollo di sedazione, i pazienti erano adeguatamente sedati nel 71% degli accertamenti. Nel 45% di accertamenti che indicavano un basso livello di sedazione, l'infusione è stata incrementata secondo protocollo. La maggioranza dello staff sottoposto ad osservazione ha considerato il protocollo di sedazione comprensibile e utile per la pratica clinica.

Conclusioni: lo studio ha dimostrato che il regolare accertamento della sedazione nei bambini in situazione critica era possibile ed è diventato una pratica standard due anni dopo il primo post-test.

Ci sono insufficienti evidenze per concludere se l'implementazione di un protocollo di trattamento migliori realmente un trattamento di sedazione.

169

L'uso di scale per la rilevazione del dolore in una Terapia Intensiva Neonatale

The use of scales for pain detection in a Neonatal Intensive Care Unit

Donatella Zola, C. Bagnara, G. Rossi

Bologna, Italia. Email: donazola@yahoo.it

Gli scopi principali erano:

1. personalizzazione del prendersi cura attraverso una maggiore conoscenza del neonato,
2. oggettivazione dell'efficacia analgesica del saccarosio 12% in corso di procedure invasive minori,
3. personalizzazione della terapia con Fentanile sulla base dei punteggi.

Metodo:

- Formazione

Nel novembre 2005 il personale dell'Unità Operativa ha organizzato un corso teorico-pratico sull'utilizzo delle scale algometriche nel neonato, strutturato in 4 sessioni di 4 ore ciascuna. Si è deciso di utilizzare come strumenti di rilevazione le scale EDIN (Echelle Douleur Inconfort Nouveau-Né Neonatal Pain and Discomfort Scale 2001) per la valutazione del dolore cronico (Debillon, 2001) e la PIPP (Premature Infant Pain Profile 1996) per la valutazione del dolore acuto (Stevens, 1996).

Successivamente sono state corredate di una scheda contenente le procedure infermieristiche (posture, marsupioterapia, saccarosio 12%) avente lo scopo di evidenziare quali fossero le manovre maggiormente in grado di contenere lo stress neonatale.

- Implementazione delle scale ed obiettivi connessi

L'obiettivo scelto era di compilare giornalmente 3 scale EDIN (una per ogni turno) e 1 scala PIPP (in concomitanza di prelievi ematici).

Risultati:

- Semestre 2006

La partecipazione al corso è stata del 95% del personale più le psicologhe e le fisioterapiste di reparto. Si è oggettivata la reale efficacia del saccarosio al 12% in corso di procedure invasive minori. I dati relativi al questionario post-applicazione delle scale del dolore ne hanno dimostrato l'utilità, in particolare dell'EDIN per la valutazione globale del neonato (ma hanno evidenziato lo scarso coinvolgimento da parte del personale medico).

Presentazione di uno studio osservazionale sull'influenza dell'età gestazionale sull'espressione di dolore prolungato rilevato della scala EDIN.

- Semestre 2007

Reale adeguamento della terapia analgesica con Fentanile in relazione ai punteggi delle rilevazioni EDIN. Ottenere punteggi medi di scale EDIN per i neonati ricoverati inferiori al valore di 8 (dolore moderato o severo). Aumento del numero di compilazioni delle scale EDIN.

Conclusioni: Le scale del dolore sono uno strumento essenziale per la personalizzazione e l'ottimizzazione del prendersi cura neonatale.

056

Promuovere l'estubazione precoce e l'uso della nCPAP per ridurre l'esposizione al dolore nei nati pretermine

Promoting early extubation and the use of nCPAP to decrease pain exposure in preterm infants

Anna Axelin, RN, MNsc, Doctoral student, Ulla Ojajärvi, MD-student, Johanna Viitanen MD-Student, Liisa Lehtonen MD, PhD

University of Turku, Turku, Finlandia. Email: anna.axelin@utu.fi

Scopo: La ventilazione meccanica è un trattamento comune, invasivo e doloroso per i neonati pretermine ed c'è difficoltà a trattare il dolore durante l'intubazione e l'aspirazione endotracheale. Il dolore è un fattore di rischio per il normale sviluppo dei neonati pretermine. E' consigliabile eliminare le procedure dolorose quando è possibile. Lo scopo di questo studio era quello di indagare se il promuovere l'estubazione precoce ed il trattamento con nCPAP, possa portare a minori tempi di trattamento di ventilazione, diminuendo il numero di procedure dolorose.

Metodi: Esame retrospettivo della cartella clinica del paziente. Il campione consisteva in tutti i neonati pretermine che necessitavano di supporto respiratorio in una NICU (unità di terapia intensiva neonatale) nell'anno 2000 (n=96) e 2005 (n=96). E' stata seguita la ricaduta dell'intervento in questi anni. Nel Settembre 2003, fu introdotta la politica di una precoce CPAP nasale con lo scopo di diminuire la ventilazione invasiva supportandola con meno intubazioni e tempi minori di trattamento ventilativo. Questa politica includeva l'inizio della CPAP nasale entro i 5 minuti di vita a tutti i neonati sotto le 32 settimane di gestazione. I neonati sotto le 28 settimane di gestazione venivano intubati nella NICU alla stessa età, per trenta minuti. Quelli con cui falliva la cPAP venivano intubati e gli veniva somministrato del surfactante a seconda della situazione clinica.

Risultati: I neonati passavano meno giorni in ventilazione (7.09 versus 3.21 giorni, $p < 0.001$) e lo stesso numero di giorni in nCPAP (6.72 versus 6.77, $p = 0.094$) dopo l'intervento. Il numero totale delle procedure dolorose durante la loro permanenza in NICU diminuì da 129 a 100 ($p = 0.0065$). L'effetto maggiore si ebbe nel dolore acuto provocato dalle procedure relative al supporto respiratorio. Siamo stati in grado di ridurre l'esposizione al dolore da 11 procedure dolorose durante la prima settimana di vita di questi neonati.

Un giorno di ventilazione significa 11 procedure dolorose, l'utilizzo della nCPAP significa 5 procedure.

Conclusioni: L'estubazione precoce e la nCPAP sono state rese effettive nelle NICU con successo. Questo intervento ha diminuito l'esposizione al dolore e ha reso l'assistenza ai neonati più dolce. Questo dovrebbe incoraggiare gli infermieri a supportare il contatto con i neonati in nCPAP con l'assistenza infermieristica.

Costruzione della Scala per l'osservazione della sindrome da astinenza di Sophia (SOS) per i bambini in situazione critica

Construction of the Sophia Observation Withdrawal Symptoms-scale (SOS) for critically ill children

Erwin Ista^{1,2} PhD RN; Monique van Dijk² PhD RN; Matthijs de Hoog¹ MD PhD; Dick Tibboel² MD PhD; Hugo Duivenvoorden^{3,4} PhD

Intensive Care, Department of Pediatrics¹ and Pediatric surgery², Erasmus MC, Sophia Children's Hospital; Department of Medical Psychology and Psychotherapy³ Erasmus MC, Netherlands Institute for Health Sciences (NIHES)⁴, Rotterdam, Olanda. Email: w.ista@erasmusmc.nl

Scopo: Costruire uno strumento attendibile e clinicamente pratico, la scala osservazionale Sophia per la rilevazione dei sintomi da astinenza (SOS) per monitorare i sintomi da astinenza da oppioidi e benzodiazepine nei pazienti ricoverati in terapia intensiva pediatrica.

Metodi: E' stato costruito uno studio prospettico per lo sviluppo dello strumento. I pazienti eleggibili all'inclusione erano bambini di età inferiore a 16 anni che avevano ricevuto midazolam (benzodiazepine), morfina o fentanyl (oppioidi) attraverso infusione continua per un tempo di almeno 5 giorni. Durante lo svezzamento dai farmaci sono state fatte dagli infermieri ripetute osservazioni con una checklist composta da 24 sintomi da astinenza descritti in letteratura. Una scala multidimensionale (MDS) è stata compilata per rilevare la struttura empirica sottostante gli eventi correlati ai sintomi. La validità del contenuto è stata stabilita da un gruppo di esperti composto da 85 medici e infermieri che hanno valutato la rilevanza clinica dei sintomi da astinenza.

Risultati: Per 76 bambini, 932 osservazioni sono state ottenute nelle prime 24 ore dopo la riduzione e/o lo stop alla somministrazione di midazolam o oppioidi. I sintomi più frequenti sono stati tachipnea, agitazione, disturbi motori, diarrea, febbre, ansia, disturbi del sonno ed ipertensione (14,6- 29,6%). Un gruppo di esperti ha giudicato la rilevanza clinica di ogni sintomo da astinenza utilizzando una scala a quattro punti che dava risultati compresi tra "decisamente" e "decisamente no". Agitazione, ansietà, pianto inconsolabile, tensione muscolare incrementata, tremori, tachicardia, e sudorazione erano considerati rilevanti dal 85% al 95% dagli esperti. Sulla base dei risultati della MDS e dell'opinione degli esperti, 15 sintomi sono stati selezionati per l'inclusione nella SOS. La Interrater Reliability (kappa di Cohen) degli item individuali variava tra 0.73 a 1.0. Una eccellente Interrater Reliability è stata dimostrata per tutta la SOS (correlazione tra le classi 0.97).

Conclusione: Siamo i primi a sviluppare uno strumento attendibile e valido per la valutazione dei sintomi da astinenza nei pazienti di terapia intensiva pediatrica sulla base delle strutture empiriche di eventi correlati ai sintomi da astinenza che gli esperti hanno ritenuto rilevanti. Sono necessari ulteriori studi futuri per definire i punti di cut-off e chiarire gli aspetti psicometrici.

SESSION 9 STRENGTHENING EVIDENCE FOR PRACTICE EVIDENZE DI SUPPORTO ALLA PRATICA

162

Uno studio randomizzato: confronto dell'efficienza tra la somministrazione di ossigeno con cannula nasale e maschera facciale e la soddisfazione del paziente nel primo periodo postoperatorio

A randomized trial: comparing efficiency of oxygen delivery with nasal cannula versus face mask and patient satisfaction in early postoperative period

Hatice Ayhan RN, Emine Iyigun RN PhD, Sevgi Hatipoglu RN PhD

School of Nursing, Gulhane Military Medical Academy, Ankara, Turchia. Email: ayhanhatice@yahoo.com

Scopo: Confrontare gli effetti sullo stato di saturazione del paziente e la soddisfazione con la cannula nasale versus la maschera facciale nell'unità di cura post-anestesia. (PACU).

Metodi: Questa ricerca è stata pianificata con un approccio sperimentale. Il campione di studi era costituito da 106 pazienti adulti che sono stati sottoposti a tiroidectomia tra il 15 Novembre 2007 ed il 15 Aprile 2008 nell'Accademia medica militare Gulhane.

I pazienti sono stati randomizzati: 53 pazienti via cannula nasale (Gruppo 1) e 53 pazienti via maschera facciale (Gruppo 2) che ricevevano ossigeno a 5 litri/minuto. La saturazione periferica di ossigeno è stata misurata con l'ossimetro ogni 5 minuti per periodi di 30 minuti. La desaturazione rilevata era di 94-90 % per due letture consecutive o sotto il 90% per una lettura. Alla fine del periodo, il punto di soddisfazione del paziente, relazionato al metodo di erogazione dell'ossigeno, è stato raggiunto.

Risultati: Non ci sono differenze tra i due gruppi in termini di età, sesso, BMI, storia di malattie croniche, fumo, media della SpO₂ preoperatoria, durata dell'anestesia, e stato di ossigenazione ($p > 0.05$). La media della SpO₂ (98.17 ± 1.00) nel gruppo I è più alta rispetto al Gruppo II (96.56 ± 1.68 , $p < 0.05$).

Le condizioni di rimozione dei metodi di somministrazione dell'ossigeno nel Gruppo 2 sono più che nel Gruppo 1 (75.5 % versus 3.8%).

Il 40 % dei pazienti con maschera facciale removibile del Gruppo 2 ha desaturato, sebbene la desaturazione non sia avvenuta nel gruppo 1.

La media di soddisfazione dei pazienti del Gruppo 1 è più alta di quella del Gruppo 2.

Conclusioni: Durante il primo periodo post-operatorio, l'uso della cannula nasale per la somministrazione dell'ossigeno, fu ben tollerato dai pazienti. La rimozione della cannula nasale non è necessaria se capitano le frequenti condizioni post-operatorie di nausea e vomito.

La cannula nasale è più efficace che la maschera facciale, dal momento che il posizionamento della cannula nasale è meglio tollerato che quello della maschera facciale.

006

Confronto dei metodi disponibili di misurazione della temperatura nei pazienti critici

Comparison of the available temperature measurement methods in critically ill patients.

Sideroudi Stamatia, Gogotsi Christina, Kazakou Panagiota, Tsirozi Maria, Konstantonis Dimitrios, Chalvatzi Smaro, Biba Dimitra, Pnevmatikos Ioannis

University Hospital of Alexandroupolis, Alexandroupolis, Grecia. Email: siders@in.gr

Scopo: Comparare tra la temperatura vescicale (V) la temperatura ascellare (A) e la temperatura dell'arteria polmonare (AP) nei pazienti critici ricoverati in terapia intensiva.

Metodi: Misurazioni della temperatura multiple e continue ($n=251$) a intervalli di tempo >1 ora con tutti e tre i metodi sopra menzionati, furono fatte a sei pazienti ricoverati in terapia intensiva. Furono verificate la precisione e l'attendibilità della temperatura vescicale e della polmonare.

Risultati: il valore medio della differenza di temperatura tra la polmonare e la vescicale fu 0.08°C ($p=\text{NS}$) mentre tra la polmonare e la ascellare fu 0.183 ($p < 0.001$). I valori medi della variabilità furono -0.126°C per la polmonare, -0.087°C per la vescicale e -0.135°C per l'ascellare senza una differenza statisticamente significativa tra di esse ($p=\text{NS}$).

La comparazione dei valori medi della differenza di temperatura tra la polmonare e la vescicale dipendeva dal giorno della valutazione, con una differenza statistica significativa osservata nei primi due giorni (0.078°C : $p=0.007$, -0.081°C ; $p < 0.001$, 0.031°C ; $p=\text{NS}$, -0.021°C ; $p=\text{NS}$ per il primo, secondo, terzo e quarto giorno rispettivamente). Al contrario, la comparazione dei valori medi della differenza di temperatura tra la polmonare e la ascellare furono costantemente statisticamente significativi, indipendentemente dal giorno della valutazione (0.177°C ; $p < 0.001$, 0.124°C ; $p < 0.001$, 0.184°C ; $p < 0.001$, 0.293°C ; $p < 0.001$ per il primo, secondo, terzo e quarto giorno rispettivamente).

Conclusioni: Sebbene i due metodi di comparazione dimostrino avere la stessa accuratezza, la misurazione della temperatura vescicale è più precisa se comparata alla misurazione della temperatura ascellare rispetto a precisione e attendibilità.

017

Studio clinico randomizzato sul confronto tra accessi venosi periferici corti e accessi venosi periferici lunghi a medio termine (cateteri midline) nella gestione di pazienti in Unità Coronarica sottoposti a terapia endovenosa prolungata

Randomized clinical comparing short peripheral cannulas vs. indwelling long peripheral cannulas (midline catheters) in the management of Coronary Unit patients needing prolonged i.v. treatment

Alessandro Mitidieri, Mauro Pittiruti

Roma, Italia. Email: alessandromitidieri@tiscali.it

Studio prospettico randomizzato di confronto tra cateteri venosi periferici corti (agocannule, es.: Abbocath) vs. cateteri venosi periferici lunghi (accessi venosi periferici ad inserzione brachiale tipo Midline) in pazienti gestiti in Unità di Terapia Intensiva Coronarica sottoposti a terapia endovenosa prolungata.

Scopo: Scopo di questo studio è stato descrivere l'incidenza di complicanze infettivo-trombotico confrontando due diversi dispositivi venosi periferici, Abbocath vs. Midline. Le Linee-guida per la prevenzione delle infezioni associate a catetere intravascolare (CDC di Atlanta 2002) raccomandano l'utilizzo dei cateteri Midline nel caso sia prevista una terapia infusione della durata superiore a 6 giorni. Inoltre le stesse Linee-guida raccomandano che le agocannule, anche in assenza di complicanze, vengano sostituite nei pazienti adulti ogni 72 – 96 ore, mentre i Midline ideati per terapie infusionali della durata di 1 – 6 settimane, possono essere lasciati in sede fino a quando sono necessari se non intercorrono complicanze.

Metodi: Abbiamo reclutato per lo studio 100 pazienti in maniera randomizzata ricoverati presso la nostra Unità Coronarica che necessitavano di un accesso venoso periferico per terapia infusione endovenosa per un periodo di almeno 6 giorni. Sono stati esclusi dallo studio tutti i pazienti che necessitavano di un accesso venoso centrale o già in possesso di un dispositivo di accesso venoso periferico al momento dell'ammissione in U.T.I.C. In 50 pazienti, l'accesso venoso periferico è stato ottenuto mediante inserzione di cannule periferiche corte ad es. Abbocath (in vene superficiali del braccio, avambraccio o mano) e sostituite ogni 96 ore o in caso di complicanze. In 50 pazienti, l'accesso venoso periferico è stato ottenuto mediante posizionamento ecoguidato di un catetere Midline in una vena brachiale o vena basilica a metà braccio.

Risultati: Non ci sono state complicanze associate all'inserzione. La maggior parte dei cateteri Midline (98%) sono stati inseriti con successo al primo tentativo, se paragonati ai cateteri periferici corti tipo Abbocath (72%). Non ci sono state infezioni ematiche associate a catetere intravascolare (CRBSI). Abbiamo registrato 6,09 infezioni locali per 1000 giorni catetere nel gruppo di studio rispetto a 36,7 nel gruppo di controllo. La trombosi venosa locale si è verificata in 2 casi del gruppo di studio e in nessun caso nel gruppo di controllo.

Conclusioni: I risultati di questo studio indicano che l'incidenza di infezioni locali è significativamente più bassa per i cateteri Midline rispetto agli Abbocath. Un altro dato macroscopico è l'alta percentuale di successo al primo tentativo dei Midline (cateteri inseriti utilizzando l'ecoguida). L'inserimento è semplice, sicuro e confortevole per il paziente rispetto i tradizionali cateteri venosi periferici corti. Malgrado il loro costo elevato i cateteri Midline possono essere preferiti e costo-efficacia in caso di trattamento endovenoso periferico prolungato.

SESSION 10 FAMILY PRESENCE DURING CPR LA PRESENZA DEI FAMILIARI DURANTE LA RCP

004

I ruoli paralleli dell'infermiere e del cappellano ospedaliero nel supportare i familiari che assistono alle manovre rianimatorie (FWR): revisione della letteratura

The parallel roles of the nurse and hospital chaplain in supporting family members during Family Witnessed Resuscitation (FWR): a literature review

Jayne James, Elita Cottle

Royal United Hospital, Bath, Gran Bretagna. Email Jayne.James@uwe.ac.uk

La possibilità di accedere a informazioni in internet ha forse consentito al cittadino di sviluppare un grande interesse nei processi decisionali delle manovre di rianimazione. Comunque, il positivo ritratto dei risultati della CPR mostrato dalla stampa, può portare i familiari a credere che i loro cari sopravvivranno alle manovre apportate (Diem e al 1996). Pertanto aspettative non reali di sopravvivenza del paziente possono avere bisogno di essere affrontate con i familiari. Le diverse popolazioni all'interno del Regno Unito indicano varie religioni (cristiana, altre o non credenti) e ciò determina implicazioni assistenziali per garantire, a loro e ai loro familiari, attività che possano considerare diversi approcci e culture. Sta crescendo un corpo di evidenza che sottolinea l'importanza per i familiari di essere in grado di assistere alle attività di rianimazione dei loro cari. Questo sistema è chiamato comunemente "family witnessed resuscitation (FWR)". Ricerche descrivono che coloro indicati come "familiari prescelti" con un appropriato supporto, hanno trovato un vantaggio nell'esperienza e ciò ha facilitato il processo di elaborazione del lutto del proprio caro. Il cappellano o figure di supporto potrebbero essere determinanti per attivare il processo, fornendo informazioni sia sanitarie/mediche che emozionali durante le manovre di rianimazione. Nel caso il paziente non sopravviva il cappellano o le figure di supporto potrebbero fornire informazioni e assistenza. L'infermiere ricopre questo ruolo anche se esistono poche evidenze perché di solito il cappellano è colui che svolge questo ruolo. Non esistono evidenze specifiche per le esperienze di entrambi i gruppi professionali nel compimento di questo ruolo. Esiste la necessità di esaminare la pratica attuale per perfezionare la migliore esperienza nei familiari che hanno assistito per garantire la sicurezza e il benessere di tutti i soggetti coinvolti nella esperienza. Si suggerisce di sviluppare un orientamento per garantire e fornire le migliori pratiche assistenziali possibili.

Bibliografia:

1. Aldridge A. (2006) The Unique Role of a Chaplain Scottish Journal Of Healthcare Chaplaincy 9,18-22
2. Baskett P, Steen P, Bossaert L. (2005) European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. Section 8. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Resuscitation,67:171-180
3. Cottle E, James J. (2008) Parallel roles of the nurse and hospital chaplain in supporting family members who may witness Cardiopulmonary Resuscitation Journal of Health Care Chaplaincy Spring/Summer edition.

002

Familiari presenti durante le manovre rianimatorie: esperienze di infermieri di terapia intensiva ed anestesia di lingua tedesca

Family-witnessed resuscitation: experiences of german speaking critical care and anaesthesia nurses

Stefan Köberich, RbP, Dipl. Pflegepäd. (FH), MSc.

University Medical Center Friburgo, Germania. EMail: stefan.koeberich@uniklinik-freiburg.de

Scopo: L'esperienza degli infermieri di area critica con la rianimazione a cui hanno presenziato i familiari (FWR) è stata studiata in Europa. Tuttavia, nessun dato è disponibile dai paesi tedeschi. Lo scopo di questo studio è stato di definire l'esperienza degli infermieri di area critica e anestesia di Germania, Svizzera e Austria con la FWS.

Metodo: Esplorativo, studio basato su internet. E' stato progettato un questionario on line. Riferimenti al questionario sono stati messi in diversi forum infermieristici di lingua tedesca sul web.

Risultato: 157 infermieri, dai 21 ai 52 anni di età, hanno completato il questionario. 71 (45,2%) hanno sperimentato la FWR. Solo 18 su 71 (25,4%) ha avuto un'esperienza positiva e 37 su 71 (52,1%) ha avuto un'esperienza negativa. Gli infermieri ai quali veniva chiesto dai familiari la possibilità di essere presenti durante la rianimazione cardiopolmonare hanno fatto un'esperienza significativamente più positiva con la FWR rispetto agli altri (rispettivamente $p=0.001$ e $p=0.003$).

Conclusione: Il numero degli infermieri di lingua tedesca di area critica o di anestesia con l'esperienza della FWR sono simili agli altri studi europei. Fulbrook et al. (2005) ha riportato che 46,8% (58/124) degli infermieri europei hanno almeno una volta sperimentato una situazione con la FWR. Questo è in contrasto con solo il 36,3% (101/278) degli infermieri di area critica turchi riportato da Badir & Sepit (2007). E' possibile che differenze culturali in Europa possano influenzare la pratica della FWR. Sono necessari ulteriori studi riguardo i problemi culturali della FWR per migliorare la pratica dell'assistenza incentrata sulla famiglia.

Bibliografia:

1. Fulbrook P. et al. (2005) A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. Int J Nur Stud, 42, 557-568
2. Badir A, Sepit D. (2007) Family presence during CPR: a study of the experiences and opinions of Turkish critical care nurses. Int J Nurs Stud, 44, 83-92

007

Studio sull'opinione di pazienti rianimati e non rianimati sulla presenza dei familiari ed amici durante le manovre rianimatorie

A study into the views of resuscitated and non-resuscitated patients about the presence of families and friends during resuscitation

Kate McMahon-Parkes, J.W. Albarran, P. Moule, J. Bengner, L. Lockyer

University of the West of England, Bristol, Gran Bretagna. Email: Kate.mcmahon-parkes@uwe.ac.uk

Scopo: Identificare le opinioni dei famigliari inerenti l'assistere alle manovre di rianimazione dei pazienti e confrontarle con quelle di non assistere alle manovre di rianimazione.

Metodi: Si è utilizzato uno studio con disegno caso controllo, e si sono confrontati due gruppi, uno di 21 pazienti che sono stati rianimati e uno di 40 pazienti non rianimati comparabili per età e sesso. I partecipanti sono stati reclutati da quattro ospedali dell' Inghilterra occidentale. I dati sono stati raccolti con l'intervista diretta utilizzando un questionario comprendente domande aperte e chiuse. Le statistiche descrittive e comparative sono state sviluppate da dati quantitativi, mentre i dati qualitativi sono stati analizzati per individuare i temi emergenti.

Risultati : Ci sono state alcune piccole differenze tra le opinioni dei due gruppi, ma queste non sono state statisticamente significative. Mentre la maggior parte ha supportato la presenza dei famigliari e non vi è stata alcuna preoccupazione per le possibili difficoltà che i membri della famiglia potrebbero causare nell'assistere alla rianimazione. Circa il 90% dei famigliari voleva avere la possibilità che un loro caro potesse essere presente, fintanto che la loro presenza non ostacolasse la rianimazione.

Dati qualitativi hanno sostenuto queste opinioni, i temi emergenti maggiori erano rappresentati da "essere lì", "il benessere di sé e gli altri" e "gestione professionale del caso". I famigliari ritengono che i pazienti potrebbero beneficiare sia fisicamente sia emotivamente dalla presenza di una persona amata durante la rianimazione. Essi hanno inoltre riconosciuto che i cari potrebbero beneficiare emotivamente nel vedere tutto ciò che è stato fatto, e stare con il paziente nei suoi ultimi istanti quando la rianimazione si rivela infruttuosa. Dignità e riservatezza dei pazienti non sono stati considerati importanti dagli intervistati in questo studio.

Conclusione: I pazienti e i loro famigliari percepiscono che possono entrambi beneficiare che i loro famigliari siano autorizzati a rimanere nel corso di una rianimazione, se lo desiderano. Di conseguenza, gli operatori sanitari dovrebbero sforzarsi di agevolare la presenza dei famigliari, fintanto che essa non ostacola la gestione del paziente. E' necessaria una ricerca supplementare che approfondisca l'esame dal punto di vista dei pazienti e del pubblico.

Bibliografia:

1. Albarran JW, Moule P, Bengner J, McMahon-Parkes K, Lockyer L (2007) Witnessed resuscitation: what do patients really want? University of the West of England ISBN 978-86403-421-1
2. Miles M, Huberman A (1994) Qualitative Data Analysis (2nd edition). Thousand Oaks, Sage.

SESSION 11 IMPROVING OUTCOMES OF CARE MIGLIORARE GLI OUTCOMES DI CURA

114

Terapia mirata per il paziente settico: nuove strategie, l'obiettivo emodinamico

Goal-directed therapy for septic patients: a new tool, the haemodynamic target

Carole Haubertin, Matthieu Gilles, Fabrice Vallee, Philippe Marty, Sophie Buys, Pascale Sanchez-Verlaan, Michelle Genestal.

Tolosa, Francia. Email: carolehaubertin@free.fr

Scopo: Migliorare la gestione delle sepsi severe attraverso il coinvolgendo di tutto il team infermieristico e l'utilizzo di un nuovo sistema visivo multi-parametrico che contenga i maggiori obiettivi terapeutici: Indice cardiaco (CI), saturazione arteriosa dell'ossigeno (SaO₂), pressione arteriosa media (MAP), lattati nel sangue arterioso e saturazione del sangue venoso centrale (ScVO₂).

Disegno: studio prospettico descrittivo. Ambito: La terapia intensiva di un ospedale universitario.

Pazienti: Durante un periodo di 6 mesi, furono inclusi nello studio 38 pazienti in shock settico intubati. Furono comparati i morti con i sopravvissuti.

Interventi: MAP, CI, SaO₂, ScVO₂ e lattati furono misurati a 0-6-12-24-36-48 ore. Le misurazioni furono registrate sul diagramma degli obiettivi insieme alla velocità infusionale della norepinephrin e dei livelli di emoglobina (Hb). Il numero dei lattati e le misurazioni di ScVO₂ attuate durante il periodo d'osservazione furono paragonate con i dati di controllo del periodo di 6 mesi immediatamente antecedente all'inizio del protocollo.

Nel contempo l'intero team infermieristico è stato addestrato all'utilizzo ed interessato all'obiettivo ed è stata condotta una valutazione per osservare la comprensione e la soddisfazione dei soggetti a tale strumento.

Risultati: Il team infermieristico ha espresso un atteggiamento positivo verso il concetto di obiettivo. La media dei valori dei lattati e delle ScVO₂ misurati per ciascun paziente durante il periodo di controllo fu significativamente inferiore a quelle del periodo di studio, e questi valori erano raramente considerati prima dell'introduzione del diagramma degli obiettivi. A 24 ore, il 46% dei sopravvissuti raggiunse tutti i livelli meta dei parametri considerati nel diagramma degli obiettivi contro un solo 10% di soggetti deceduti.

Conclusioni: Il diagramma degli obiettivi è uno strumento visivo multiparametrico che coinvolge tutto lo staff medico ed infermieristico e aiuta a realizzare l'obiettivo terapeutico mirato per i pazienti settici.

Grazie all'uso di questo strumento, il coinvolgendo del team infermieristico nella precoce gestione delle sepsi severe è stato enormemente migliorato.

Bibliografia:

1. Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J, et al. Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Crit Care Med.* 2004;32:858-79.
2. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, Ressler J, Muzzin A, Knoblich B, et al. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med.* 2001;345:1368-77.
3. Vallee F, Fourcade O, Marty P, Sanchez P, Samii K, Genestal M. The hemodynamic "target": a visual tool of goal-directed therapy for septic patients. *Clinics.* 2007; 62(4)

037

C'è una dose massima di vasopressori?

Is there a maximum dose of vasopressor?

Julie Benbenishty BA RN, Charles Weissman MD, Charles L. Sprung MD, Mali Brodsky-Israeli RN MA, Yoram Weiss MD FCCM

Gerusalemme, Israele. Email: Julie@hadassah.org.il

Scopo: Alcuni pazienti con gravi forme di shock settico hanno estremo bisogno di sostegno farmacologico per elevare la pressione del sangue. Uno studio etico (ETHICUS JAMA 2003) ha mostrato che la maggior parte dei medici di Terapia Intensiva tolgono o riducono i vasopressori perchè i pazienti non hanno risposto al dosaggio massimo. Tuttavia la dose massima non è definita. Nelle terapie intensive israeliane i medici prescrivono dosi fino a 50 mg di epinefrina o noradrenalina per ora (1 mg/kg/ora), noi ipotizziamo che questa dose sia inutile. Abbiamo realizzato uno studio retrospettivo, esaminando attraverso dei grafici i massimi dosaggi di adrenalina e noradrenalina somministrati ai pazienti ricoverati in terapia intensiva che sono sopravvissuti.

Sono stati considerati tutti i pazienti adulti che hanno assunto vasopressori, che all'ingresso in ICU avevano nella scala APACHE un punteggio II, di questi sono stati registrati dati demografici, il tipo e le dosi di vasopressori.

Risultati: Sono stati esaminati i grafici di 689 pazienti. Dei 689 pazienti, 72 hanno ricevuto vasopressori.

Le età andavano da 18-88 anni (età media 65 ± 21,4 [DP] anni), e la popolazione in studio è stata del 66% di sesso maschile. All'ammissione in ICU del paziente la APACHE II variava da 5-40, media 24 ± SD. Abbiamo osservato che la somministrazione di 7,5 µg / kg / ora di noradrenalina o epinefrina è risultato avere 83% di sensibilità e una specificità del 29% per il probabile cappa di mortalità. Usando la curva di Kaplan-Meier di quei pazienti che ricevono meno di 0,5 µg / kg / hanno mostrato un 60% di sopravvivenza a sei anni. Tutti i 17 pazienti che hanno ricevuto più di 3,8 µg / kg / minuto di noradrenalina sono morti (p < 0,0001). Inoltre, tutti i pazienti che hanno ricevuto più di 9,6 µg / kg / minuto di epinefrina sono morti. Il periodo di tempo in cui i pazienti hanno ricevuto meno del dosaggio massimo di vasopressori non ha avuto alcuna influenza sulla sopravvivenza (p = 0,4). Gli anziani (≥ 75 anni) e i giovani ha avuto lo stesso tasso di sopravvivenza.

Conclusioni: Nei nostri sforzi per preservare la vita a tutti i costi dobbiamo considerare le conseguenze di queste misure estreme. Aumentando le dosi di vasopressori si prolunga la vita, ma qual è la dose massima che si può utilizzare per il miglior interesse del paziente?

020

Previsione di insufficienza renale dopo angioplastica nei pazienti ad alto rischio

Predicting renal failure after balloon angioplasty in high-risk patients

Piero Ravera, Adelaide Becchis, Laura Bertolo, Manuela Fiorani, Concetta Micieli.

S.C. Cardiologia Ospedaliera, Torino, Italia. Email: ravefio@libero.it

La Nefropatia da mezzo di contrasto (CIN) è definita come un incremento dei valori della creatinina sierica di almeno 0.5 mg/dL (>25%) entro 48 ore dall'iniezione del mezzo di contrasto. In meno dell'1% dei pazienti che sviluppano la CIN è richiesto l'utilizzo in cronico della dialisi.

In alcuni casi la CIN costituisce un evento sfavorevole che è associato ad una prolungata ospedalizzazione e ad un aumento a breve e lungo termine della morbilità e della mortalità. Il più importante fattore di rischio è rappresentato dalla presenza, pre angiografia, di una disfunzione renale.

Obiettivi: Mentre le conseguenze della CIN sono ben conosciute, la prospettiva di riconoscere pazienti a rischio era inconsistente e focalizzata solamente su pazienti già sotto trattamento emodialitico. L'obiettivo del nostro studio era quello di identificare uno strumento clinico in grado di identificare pazienti a rischio di sviluppare CIN dopo angiografia e di valutarne le implicazioni prognostiche dopo lo sviluppo di nefropatia.

Disegno e Contesto: In pazienti con basso rischio di CIN (Scr < 1,5 mg/dl) è stata somministrata soluzione salina 0,9% 500 cc ad una velocità di circa 1 ml/kg per ora iniziando 6-12 ore prima della procedura e continuando per 12-24 ore post PCI.

In pazienti ad alto rischio (sCr > 1.5 mg/dl) hanno ricevuto la somministrazione di 154 mEq/l di sodio bicarbonato a bolo di 3 ml/kg per 1 ora pre-procedura, seguita da un'infusione di 1 ml/kg per 6 ore post procedura, più la somministrazione di acido ascorbico e N-acetilcisteina.

La funzionalità renale è stata misurata con la concentrazione sierica della creatinina e della cistatina C oltre che con la valutazione delle clearances rilevate basali e dopo 24-48 ore dalla PCI.

Risultati: Dallo studio si è visto che con questo metodo l'incidenza della CIN è stata del 5.25% (21 pazienti su 400) e che al follow up clinico a sei mesi la mortalità ha avuto una percentuale del 9,52 (2 su 21) su pazienti che hanno sviluppato la CIN, mentre sui pazienti senza incremento acuto della creatinina post angioplastica la mortalità è stata dell'1,85%.

Conclusioni: La CIN è dunque una importante causa iatrogena di insufficienza renale acuta e può portare ai pazienti affetti rischi significativi. In più studi la variabile selezionata per la classificazione nei sottogruppi in relazione al grado della funzione renale, è la diminuzione della creatinina sierica. I nostri dati suggeriscono che la miglior strategia per la prevenzione delle complicanze è l'accurata selezione dei pazienti, concordemente a GFR ≤ 60 ml/min e Cystatin C ≥ 1,5 mg/dl.

SESSION 12 RESPIRATORY CARE IN PICU ASSISTENZA RESPIRATORIA IN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA

078

Quando i segni vitali pediatrici sono inaffidabili, lo è anche la ScvO₂ continua?

When paediatric vital signs are unreliable, continuous ScvO₂ is?

Caulette Young, Pediatric Clinical Nurse Consultant, Edwards Lifesciences, LLC
Irvine, Ca, USA. Email: Caulette_young@edwards.com

I tradizionali segni vitali nei pazienti pediatrici critici possono essere inaffidabili quando si valuta il bilancio tra il trasporto di ossigeno e i bisogni di consumo. Monitorizzare la saturazione venosa centrale (ScvO₂) su una base continua, fornisce un quadro di squilibrio e di precoce allerta che possono mancare nei tradizionali parametri emodinamici (FC, PA, PVC). Altri parametri utilizzati per valutare la gittata cardiaca e la perfusione tissutale sono ampiamente soggettivi; per esempio il riempimento capillare, il colore cutaneo e l'edema.

La letteratura supporta e raccomanda l'utilizzo della ScvO₂ in continuo nella chirurgia cardiaca congenita pediatrica e nei pazienti con shock settico.

Il monitoraggio della ScvO₂ è stato ampiamente accettato e raccomandato da ACCM-AHA/PALS (le linee guida per lo shock), ed è noto che riduce la mortalità, quando utilizzato continuativamente, del 26%.

In un caso-studio, il monitoraggio continuo della ScvO₂ ha indicato un'effusione pericardica quando i tradizionali segni vitali, incluso il lattato, erano inalterati, suggerendo una rapida risposta e prevenendo un potenziale tamponamento cardiaco a rischio per la vita.

L'utilizzo del monitoraggio della ScvO₂, identifica precocemente i pazienti a rischio di inadeguato bilancio tra la distribuzione di ossigeno e il suo consumo. Utilizzare il monitoraggio continuo versus il prelievo intermittente può inoltre ridurre i rischi di infezione per il paziente e la necessità di trasfusioni; inoltre può essere vantaggioso in termini di tempo e denaro. In più, l'utilizzo del monitoraggio continuo della ScvO₂ nei pazienti critici pediatrici può rappresentare un accettabile sostituto per il monitoraggio della gittata cardiaca.

Bibliografia:

1. Oliveira C et al. ACCM/PALS haemodynamic support guidelines for paediatric septic shock: an outcomes comparison with and without monitoring central venous oxygen saturation. *Intensive care Med* 2008; DOI 10.1007/s00134-008-1085-9
2. Spenceley N et al. Continuous central venous saturation monitoring in pediatrics: A case report. *PediatrCritCareMed*2008;9(2):13-16
3. Tweddel J et al. Post-operative management in patients with complex congenital heart disease. *SeminThoracCardiovascSurgPediatrCardSurgAnn*2005;5:187-205

079

Possono gli infermieri usare il monitoraggio continuo della saturimetria venosa per definire come e quando fornire cure?

Can nurses use continuous venous oxygen saturation monitoring, to dictate how and when to provide care?

Caulette Young, Pediatric Clinical Nurse Consultant, Edwards Lifesciences, LLC
Irvine, Ca, USA . Email: Caulette_young@edwards.com

Può un infermiere di terapia intensiva pediatrica valutare adeguatamente gli effetti dell'assistenza di routine attraverso l'utilizzo dei sistemi di monitoraggio emodinamici tradizionali?

L'assistenza e le procedure sono di beneficio o sono anche potenzialmente pericolose?

Come può questo essere valutato in tempo reale?

Possono i nuovi ed avanzati sistemi di monitoraggio fornire un aiuto nel determinare i tempi ottimali per il cambio degli inotropi, per l'aspirazione, per il bagno o il riposizionamento del bambino, o per valutare la tolleranza del bambino allo svezzamento dal ventilatore?

Possono questi strumenti di monitoraggio dei "tempi reali" guidare la presa di decisioni cliniche infermieristiche su come e quando fornire assistenza?

Il monitoraggio continuo della saturazione venosa centrale può fornire in tempo reale informazioni sul bilancio tra distribuzione di ossigeno e suo consumo. Molte procedure apparentemente innocue possono drammaticamente aumentare il bisogno di consumo d'ossigeno, oltre le capacità di distribuzione di esso.

Gli infermieri hanno la conoscenza delle cause fisiologiche e degli interventi esogeni che possono portare ad un incremento del consumo d'ossigeno. Mentre molti di questi interventi sono necessari, il monitoraggio continuo della saturazione venosa centrale, può aiutare gli infermieri al letto dei pazienti nel determinare quale sia il momento migliore per fornire assistenza e come il paziente la tollera.

Con i costi dell'assistenza sanitaria, la carenza di infermieri mondiale e la crescente complessità e criticità delle diagnosi, c'è l'obbligo di ridurre il più possibile la mortalità e la morbidità.

La tecnologia avanzata può fornire un segnale anticipato nei periodi di ricovero estremamente critici.

Bibliografia:

1. Curley M et al. *Critical care nursing of infants and children* 2nd Ed. 2001 Saunders
2. Fuhrman B et al. *Pediatric critical care* 3rd Ed. 2006 Mosby-Elsevier
3. Oblouk-Davoric G. Chapter 19 Pediatric evaluation and monitoring considerations. *Hemodynamic monitoring: invasive and non-invasive clinical application* 3rd Ed. 2002 Saunders 471-514
4. Sanders C. Making clinical decisions using SvO₂ in PICU patients. *Applied Pathophys*1997;15(5):257-264

001

Uso dell'ossido nitroso durante procedure dolorose nei bambini

The use of Nitrous Oxide during painful procedures in children

Filippo Festini, Simona Fiore, Stella Neri.

Università di Firenze, Italia. Email: filippo.festini@unifi.it

In ambito pediatrico la prevenzione ed il controllo del dolore da procedura devono includere non solo un'adeguata analgesia ma anche una riduzione della sofferenza prodotta dalla paura. Quest'ultima potenzia la sensazione dolorosa e determina ansia anticipatoria per le successive procedure. E' di fondamentale importanza prestare particolare attenzione ad eliminare dolore e paura fin dalle prime esperienze dolorose del bambino anche in occasione di procedure invasive minori quale il prelievo venoso. Attualmente a tale scopo sono a disposizione degli infermieri vari strumenti come creme anestetiche locali e tecniche non farmacologiche. La loro efficacia è provata ma il loro uso è spesso limitato dalla lentezza di azione (creme anestetiche) o dalla necessità di un setting adeguato. Inoltre, nessuno dei metodi sin qui usati combina l'effetto analgesico a quello ansiolitico e alla velocità d'azione.

E' stata esaminata la letteratura disponibile riguardante i profili di efficacia e sicurezza dell'uso di Protossido di azoto premiscelato al 50% in ambito pediatrico per procedure invasive sia maggiori che minori.

Il Protossido di azoto premiscelato risulta essere efficace e sicuro e somma l'effetto analgesico all'effetto ansiolitico, alla rapidità di azione ed alla maneggevolezza per la pratica clinica quotidiana. Queste caratteristiche lo rendono lo strumento ideale per la prevenzione ed il controllo del dolore da procedura in ambito pediatrico. L'esperienza di molti paesi stranieri dimostra che esso può essere utilizzato routinariamente da infermieri appositamente addestrati, dietro prescrizione e delega del medico, in base a protocolli operativi.

NC

L'apprendimento dell'assistenza: rivisitazione del dibattito sulla propensione naturale al prendersi cura nella sanità europea contemporanea

Learning to care: revisiting the nature- nurture debate in contemporary European Health Care

Julie Scholes

Centre for Nursing and Midwifery Research, Mayfield House, Falmer Campus, University of Brighton, Gran Bretagna

L'assistenza infermieristica è stata a lungo affermata come la professione della cura degli altri. (Nelsen and Gordon, 2006). Se le brave infermiere lo sono (da educazione) o nascono così (da natura) è stato dibattuto sin dai giorni della Nightingale. Studi hanno dimostrato che la qualità dell'assistenza può essere perfezionata attraverso l'educazione, ma può essere ugualmente spenta dalle esperienze negative della società (Nelson and Gordon, 2006). L'esperienza pratica degli studenti di infermieristica di oggi è limitata dalle differenti aspettative pubbliche e dalle "agende" politiche. I sistemi di cura della salute che danno la priorità all'efficienza ed all'efficacia, mettendo il paziente sul sentiero dell'assistenza governato da protocolli e da linee guida per assicurare i servizi fornendo l'uso delle migliori evidenze scientifiche, possono inavvertitamente negare le nozioni di assistenza individualizzata. Imparare ad assistere in questo ambiente può intaccare la personale costruzione professionale di assistente (Scholes, 2006).

Dall'altro lato della scala della carriera, i professionisti sono incoraggiati ad espandere i loro ruoli assumendo compiti sostituiti o delegati da colleghi medici. L'entrata diretta ed la formazione professionale delle competenze in questi ruoli senza una precedente esperienza infermieristica es. Advanced Critical Care Practitioner (DH 2008), non tiene conto della saggezza dell'assistenza infermieristica basata sull'esperienza. Inoltre questo presuppone che attraverso l'acquisizione delle competenze, fondate su conoscenze mediche, i professionisti possono fornire servizi soddisfacenti che celano la complessità e specificità dell'assistenza infermieristica professionale.

Questo documento esaminerà le strategie che permettono agli infermieri di fornire un'alta qualità di assistenza e nello stesso tempo servizievole con le realtà contemporanee che si trovano di fronte chi fornisce assistenza infermieristica internazionalmente.

Bibliografia:

1. Department of Health (DH, 2008) The national education and competence framework for Advanced Critical Care Practitioners (DH, London)
2. Nelson S, Gordon S. (2006) The complexities of care. Nursing reconsidered (ILR Press, Cornell University Press, Ithaca and London)
3. Scholes J. (2006) Developing Expertise in Critical Care Nursing (Blackwells: Oxford)

SESSION 13 END OF LIFE CARE CURE DI FINE VITA

NC

Opinioni sulle pratiche di fine vita in terapia intensiva: Lo studio EfCCNa

Views of End-of-Life practices in intensive care: the EfCCNa study

Jos M. Latur J.W. Albarran P. Fulbrook

Erasmus MC – Sophia Children's Hospital PICU and NICU, Rotterdam, Olanda j.latur@erasmusmc.nl

Background: I processi di assistenza di fine vita nelle unità di terapia intensiva dovrebbero essere multidisciplinari ed includere i membri della famiglia. Pochi studi hanno documentato il coinvolgimento degli infermieri delle unità di terapia intensiva nell'assistenza di fine vita (End-of-Life – EoL)

Scopo: Indagare sulle pratiche e sulle attitudini attraverso le cure di fine vita tra gli infermieri delle unità di terapia intensiva europee.

Metodi: Usando un metodo di ricerca, (n=419) delegati presenzianti ad una conferenza internazionale di infermieristica in area critica, sono stati invitati a completare un questionario auto-amministrato composto da 45 elementi di informazione circa il loro coinvolgimento nelle pratiche di assistenza di fine vita.

Risultati: Sono stati completati 164 questionari, che hanno prodotto un tasso di risposta del 39%. La maggioranza delle persone che hanno risposto (91.8%) ha indicato coinvolgimento diretto nell'assistenza del paziente terminale, mentre il 73,4% ha riportato coinvolgimento attivo nel processo decisionale. Il 78.6% ha espresso impegno nel coinvolgere la famiglia nelle decisioni circa le cure di fine vita comunque, solo il 59.3% dei partecipanti ha detto che questo viene fatto routinariamente ($p < 0.0005$, $Z = -4.778$). Nella decisione se continuare o sospendere la terapia, il 65% vorrebbe diminuire il flusso di ossigeno, il 98.8% vorrebbe fornire sollievo continuo dal dolore ed il 91.3% approvare l'orario di visita continuo.

Conclusioni: Il coinvolgimento degli infermieri delle unità di terapia intensiva europee nelle discussioni e decisioni sull'assistenza di fine vita è evidente, sebbene molti abbiano spesso da iniziare un dialogo. Sembrano esserci molti punti in comune nell'esercitare la professione, nonostante le differenze delle aree di assistenza, nutrizione ed uso della sedazione sui pazienti.

035

Gli approcci di fine vita degli europei: comparazione culturale sulle problematiche di fine vita tra il personale di area critica, i familiari ed i pazienti di sei paesi europei

End of life attitudes of Europeans-cultural comparison of ICU staff, families and patients on end of life issues in 6 countries

Julie Benbenishty RN MA ICU, Charles Sprung Prof MD, Paulo Maia MD

Gerusalemme, Israele. Email: Julie@hadassah.org.il

Contesto: Le decisioni di fine vita sono prese ogni giorno in tutto il mondo. Vanno indagati gli atteggiamenti di chi è coinvolto nelle varie decisioni.

Obiettivi: Valutare gli atteggiamenti degli europei in materia di decisioni relative alla fine del ciclo di vita.

Disegno e Setting: Sono state considerate le risposte a un questionario da parte di medici e infermieri che lavorano in unità di terapia intensiva (ICU), di pazienti che sono sopravvissuti ICU e di gruppi di pazienti ICU di sei paesi europei: sono stati confrontati per quanto riguarda gli atteggiamenti relativi alla qualità e al valore della vita, i trattamenti ICU, l'eutanasia attiva e luogo in cui avviene.

Misurazioni e risultati: I questionari sono stati distribuiti a 4389 persone e sono stati completati da 1899 persone (43%). I Medici (88%) e gli Infermieri (87%) hanno trovato che la qualità della vita è più importante del valore della vita nelle loro decisioni, rispetto ai pazienti (51%) e le famiglie (63%), $p < 0,01$. Se viene diagnosticata una malattia terminale, i professionisti della salute cercano meno ricoveri in ICU (21%), CPR (8%) e assistenza ventilatoria (10%) rispetto ai pazienti e le famiglie (58%), (49%), (44%), rispettivamente, $p < 0,001$. Più medici (79%) e infermieri (61%) rispetto ai pazienti (58%) e le famiglie, (48%) preferirebbe essere portato a casa o in un hospice se fosse un malato terminale con una speranza di vita breve, $p < 0,001$.

Conclusioni: La qualità della vita è più importante per i medici e gli infermieri rispetto ai pazienti e alle famiglie. I professionisti sanitari vogliono meno trattamenti in ICU e preferirebbe stare a casa o in un hospice nel caso di una malattia terminale rispetto ai pazienti e alle famiglie. I pazienti sono spaventati del dolore e della sofferenza. Molte persone non vogliono scrivere delle direttive anticipate.

160

Le opinioni degli studenti infermieri sull'eutanasia

The views of nursing students related to euthanasia

Ayten Zaybak, Füsün Özkalay.

Ege University School of Nursing, zmir, Turchia Email: ayten.zaybak@ege.edu.tr

Obiettivi: Questo studio è stato effettuato in modo descrittivo per determinare i punti di vista degli studenti della scuola superiore di infermieristica relativi all'eutanasia.

Metodi: Questa ricerca è stata effettuata con un totale di 124 alunni di una scuola universitaria di Infermieristica, che hanno accettato di partecipare alla ricerca. Durante la raccolta dei dati della ricerca è stata sviluppata un'indagine in conformità con la letteratura esistente. L'indagine era formata da 25 domande volte a determinare i punti di vista degli studenti riguardo all'eutanasia. Nella valutazione dei dati furono usate la percentuale di distribuzione e l'analisi chi-quadro. Per la ricerca è stata richiesta ed ottenuta l'approvazione

scritta del comitato etico della Scuola superiore di Nursing, dell'Ege University ed il consenso verbale degli studenti che hanno partecipato alla ricerca.

Risultati: L'età media degli studenti inclusi nella ricerca era $23,61 \pm 1,70$ ed il 94,4% era ben informato a proposito dell'eutanasia. E' stato stabilito che il 53,2% ha riferito che non chiederebbe l'eutanasia per se stesso, il 75% non vorrebbe che l'eutanasia venisse applicata per un caro amico o per un parente e il 41,2% pensa che l'eutanasia dovrebbe essere praticata se il paziente ne necessita veramente ed il 50,8 % non vorrebbe che l'eutanasia venisse legalizzata. E' stato anche osservato che l'istruzione ricevuta ha un influsso sull'opinione sull'eutanasia nel 37,9% dei casi ed il credo nel 21%.

Si è riscontrato che la presenza di un parente o altro malato inguaribile e quindi, in fase terminale, non ha influenzato negativamente gli studenti, che approvavano la applicazione dell'eutanasia ($X^2 = 1,852, p > 0,05$).

Conclusione: Si è concluso che gli studenti di infermieristica avevano le informazioni relative alla eutanasia e circa la metà di essi non vorrebbe l'applicazione e la legalizzazione di essa.

Bibliografia:

1. Andersen JG, Caddell DP. Attitudes of Medical Professionals Toward Euthanasia. Soc. Sci., 1993 Jul;37:105-14.
2. Rynänen OP, Myllykangas M, Viren M, et al. Attitudes toward euthanasia among physicians, nurses, and the general public in Finland. Public Health, 2002;116:322-31
3. Berghs M, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C The complexity of nurses' attitudes toward euthanasia: a review of the literature, Journal of Medical Ethics 2005;31:441-446.

080

Cambiare la faccia della morte attraverso la presenza: comunicazione con il morente ed i suoi cari
Changing the face of death through presence: communicating with the dying and their loved ones

Vidette Todaro-Franceschi, RN, PhD

New York, USA. Email: vtodaro@hunter.cuny.edu

Contesto: Gli infermieri di area critica sono individui frequentemente vicini alla morte e spesso viene il momento in cui la morte alla fine è inevitabile per alcuni dei nostri pazienti. Garantire la propria presenza ai morenti e ai loro cari nel corso di questi momenti è necessario e può essere ancora difficile per molte persone, dato che la faccia della morte è scura, isola e fa paura. Rendere testimonianza a coloro i quali soffrono attraverso la presenza è un'arte, e un'abilità comunicativa che può essere appresa.

Scopo: L'obiettivo di questa presentazione è di fornire agli infermieri di area critica dei modi per migliorare la comunicazione con i pazienti morenti e i loro cari.

Risultati: I partecipanti saranno in grado di implementare i cambiamenti nella pratica e di fornire la presenza e di migliorare la comunicazione con i pazienti che stanno morendo e con il loro cari.

Implicazioni: Quando una persona soffre prova una sensazione di isolamento e di distacco. Oggi nella sanità molti infermieri stanno provando un distacco forzato dai loro pazienti. Possiamo riscattare la relazione, il senso di appartenenza e risvegliare la nostra passione per l'assistenza infermieristica attraverso l'atto della presenza. In nessun altro momento nella sanità il rendere testimonianza ad un altro sofferente è più necessario e più forte che durante il processo della morte. Quando siamo veramente presenti accanto ad un'altra persona, non siamo presenti per noi stessi rispetto al pensare al nostro essere e divenire. Il tempo è così poco, e noi siamo una cosa sola con il nostro paziente.

Quindi anche la presenza può aiutare gli infermieri a superare la sensazione forzata di distacco creata dal mondo odierno della sanità della complessità e del caos.

SESSION 14 PROFESSIONAL ISSUES

PROBLEMATICHE PROFESSIONALI

011

Esplorare le pratiche assistenziali nell'ambiente tecnologico di un'unità di area critica

Exploring caring practice within the technological setting of a critical care unit

Ann M Price,

Faversham, Kent, Gran Bretagna. Email: ann.price@canterbury.ac.uk

Scopo: Ci sono molti dibattiti nella letteratura inerenti il concetto se gli infermieri di area critica sono "alta tecnologia" o "alta abilità" (McGrath 2008). Questa presentazione ha lo scopo di esplorare le scoperte preliminari dei fattori che incoraggiano o inibiscono le abilità degli infermieri d'area critica nell'integrare l'assistenza pratica con l'uso della tecnologia in un contesto di area critica.

Metodo: Molte delle ricerche condotte sulla pratica assistenziale entro un contesto di area critica sono di natura fenomenologica (McGrath 2008) focalizzate sulla visione infermieristica mediante intervista. Non di meno quello che gli infermieri dicono di fare è differente da quello che realmente fanno nella pratica. Dunque, questo studio vuole utilizzare un approccio etnologico (Hammersley 1998) che implica osservazioni all'interno del reale contesto di area critica. I partecipanti volontari saranno osservati mentre assistono i pazienti ed il ricercatore esaminerà gli aspetti che incidono positivamente o negativamente sull'abilità infermieristica di integrare l'assistenza all'interno del contesto tecnologico. Per provvedere ad una più realistica descrizione del lavoro reale saranno utilizzate annotazioni sul campo per registrare gli eventi, le osservazioni dei partecipanti e le riflessioni del ricercatore. Saranno considerati alcuni dei problemi etici nel compiere un'indagine etnografica all'interno di una terapia intensiva. Le osservazioni saranno consolidate con successive interviste per affinare le scoperte.

Risultati: I risultati presentati sono provvisori e basati sulla letteratura corrente e sui dati delle iniziali osservazioni condotte. La strategia di costante analisi comparativa è utilizzata per focalizzare osservazioni ed identificare scoperte. Verranno evidenziate le scoperte sul contesto sociale, ambientale e sulle esperienze infermieristiche. Verranno annotate le aree che necessitano di future indagini e discussioni.

Conclusioni: Dato che il contesto di area critica diviene sempre più complesso ed esigente è importante identificare le aree di pratica che riducono gli aspetti disumanizzanti della pratica di area critica. L'assistenza è un concetto complesso (Bassett 2002) e riconciliare questo aspetto del nursing con la domanda tecnologica continuerà ad essere una sfida.

Bibliografia:

1. Bassett C (2002) Nurses' perceptions of care and caring International Journal of Nursing Practice 8(1) 8-15
2. Hammersley M. (1998) Reading Ethnographic research: Longman social series 2nd edition Longman: London.
3. McGrath M. (2008) The challenges of caring in a technological environment: critical care nurses' experiences. Journal of Clinical Nursing. 17, 1096-1104.

098

Programma formativo per infermieri di area critica per la gestione dell'agitazione dei pazienti

Education programme for managing patient agitation for Intensive Care Unit nurses

Ozdemir, Leyla, PhD, Lecturer

Hacettepe University, Sıhhiye/Ankara, Turchia. Email: leylaceyran@yahoo.com

Scopo. Lo scopo dello studio è stato quello di evidenziare le pratiche delle infermiere di terapia intensiva verso i pazienti agitati ai fini di valutare gli effetti di un progetto educativo nella pratica clinica e i fattori che influenzano il livello dello stato di agitazione dei pazienti.

Metodi. È stato usato uno disegno di studio randomizzato controllato, in cui un gruppo appartenente ad una terapia intensiva svolgeva ruolo di sperimentatore e l'altro gruppo di un'altra terapia intensiva svolgeva la funzione di controllo. È stata usata per valutare il livello di agitazione dei pazienti la scala sviluppata da Riker et al. (1999) dal nome di Scala di Sedazione e Agitazione. Per assicurare omogeneità sono stati reclutati pazienti con livelli omogenei di agitazione sia nel gruppo di intervento che nel gruppo di controllo, 40 per ogni gruppo. L'intervento ha incluso due giorni di formazione agli infermieri sulla gestione dell'agitazione che gli stessi hanno implementato nel braccio sperimentale

Risultati. Tra fattori che provocano agitazione, i seguenti hanno ottenuto una significatività statistica: l'uso di costrizioni fisiche, misurazione dei gas ematici, non permettere le visite dei familiari, non rispondere alle domande dei pazienti, non uso di tecniche di facilitazione della comunicazione (Mann-Whitney U Test, $p < 0.05$). Oltre a ciò si registrò una significativa differenza statistica tra il gruppo intervento e il gruppo controllo circa l'uso di costrizioni fisiche, strumenti di valutazione del dolore, monitoraggio degli escreti, mantenimento della corretta mobilitazione, controllo del rumore degli strumenti e soprattutto controllo delle pratiche che permettono di rendere il paziente più confortevole in favore al gruppo di controllo. (Chi-square test, $p < 0.05$).

Bibliografia:

1. Riker RR, Picard JT, Fraser GL (1999). Prospective evaluation of SAS adult critically ill patients. Clinical Care Medicine 27(7): 1325-1329.

I problemi e le aspettative degli infermieri che lavorano in area critica

The problems and expectations of nurses working in critical care Meral Madenoğlu Kıvanç*, Hanife Demir, Yasemin Akbal Ergün, Nilay Sagnak, Özlem Alkaya
 İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksek Okulu Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçeçi, İstanbul Memorial Hastanesi, İstanbul, Turchia. Email: mmkvanc@yahoo.com

Introduzione: L'unità di area critica è quella in cui cure speciali vengono applicate, perciò sono richieste elevate performance e lavoro di equipe. Queste caratteristiche professionalmente organizzate, ben pianificate, in condizioni di spazio fisico ben attrezzato creano ambienti di lavoro confortevoli per i lavoratori. La qualità dei servizi che forniscono è parallela agli standard necessari per incontrare e rispondere alle loro aspettative.

Scopo: lo studio è stato condotto al fine di determinare le aspettative degli infermieri che lavorano in area critica.

Metodi: In un seminario tenutosi a Istanbul dalla Associazione degli infermieri di area critica della Turchia, venne richiesto a 130 infermieri di area critica provenienti da vari ospedali di compilare un questionario di 20 domande. I risultati furono valutati in percentuale.

Risultati: Di coloro che parteciparono allo studio, 40,8% avevano un'età compresa tra 26 e 30 anni, 42,3% avevano un'educazione universitaria e il 66,9% aveva un'esperienza lavorativa compresa tra l'anno e i cinque anni; 82,6% lavorano nelle unità operative per più di 8 ore al giorno. Il 77,9% avevano fatto uno specifico tirocinio in area critica, il 60% non aveva una definizione lavorativa, il 61,6% non erano pagati maggiormente per lavorare nelle unità di terapia intensiva, il 63,1% non avevano un'assicurazione lavorativa e il 64,5% avevano sintomi a carico di schiena, testa, articolazioni e stomaco. Di tutti il 91,5% riconobbe la necessità di implementare le procedure scritte all'interno delle loro unità, il 78,5% riconobbero il bisogno di sentirsi apprezzati, il 78% enfatizzò la necessità di implementare le condizioni fisiche dell'unità e il 67% la riorganizzazione delle ore lavorative.

Per affrontare i problemi e le aspettative che gli infermieri di area critica incontrano, è necessario sviluppare un'assistenza qualitativa al paziente gestendo le politiche e regole delle istituzioni supportate dalle leggi inerenti l'infermieristica dello specifico paese.

Bibliografia:

1. Adams A, Hons BA, Bond S. Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing*. Volume 32 Issue 3 Page 536-543, September 2000.England.
2. Le Blanc P, de Jonge J, de Rijk AE, Schaufeli WB. Well-being of intensive care nurses (WEBIC): a job analytic approach. *Journal of Advanced Nursing*. Volume 36 Issue 3 Page 460-470, November 2001.
3. Bakker AB, Le Blanc P, Schaufeli WB. Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 51 Issue 3 Page 276 August 2005.

Far visita nella Terapia Intensiva: la leadership nelle interazioni degli infermieri con i parenti in Terapia Intensiva. Uno studio danese

Visiting in intensive care unit: leadership in nurses' interaction with relatives in ICU. A Danish study

Anne Sophie Agård

Aarhus University Hospital, Aarhus, Danimarca. Email: anne.agard@reher-langberg.dk

Scopo: Esaminare le considerazioni degli infermieri in relazione alle visite nelle terapie intensive ed il loro ruolo di accompagnatori al letto del paziente.

Metodo: Questo studio pilota si è basato su interviste semistrutturate con 5 infermieri di terapia intensiva, mentre lo schema metodologico è stato quello della teoria di base.

Risultati: Le considerazioni degli infermieri hanno coinvolto molti aspetti complessi, soggettivi e situazionali che riguardano il malato ed il singolo parente, gli infermieri stessi ed il resto dello staff. Sono stati identificati un processo comune, tre strategie generali ed alcuni criteri cruciali che guidano le interazioni degli infermieri in rapporto alle visite in terapia intensiva. La base per le strategie degli infermieri nelle loro interazioni con i parenti stata la loro attenzione a mettere in pratica una leadership clinica. La leadership clinica è stata dimostrata mediante tre processi comuni: chiarimenti sulle relazioni, definizione di ogni situazione e guida per i parenti. Sulla base di queste strategie l'infermiere è stato in grado di valutare in ogni situazione se fosse opportuno per i parenti fare visita o meno al paziente, guidare i parenti piuttosto che stare al letto del malato oppure lasciare la stanza. Alcuni criteri generali per gli infermieri per permettere la presenza dei parenti sono stati:

- a) un grado sufficiente di intimità fra il paziente ed il parente,
- b) una situazione appropriata per la visita,
- c) accettazione sia da parte del paziente che del parente (l'infermiere spesso rappresenta il paziente),
- d) che gli infermieri siano nelle condizioni di prendersi cura dei parenti mentre sono al letto del malato.

Conclusioni: La valutazione degli infermieri sulle visite in terapia intensiva si basa su molti aspetti complessi, soggettivi e situazionali che riguardano il malato ed il singolo parente, gli infermieri stessi ed il resto dello staff. Il processo di facilitazione delle visite dei familiari e l'integrazione delle famiglie nelle terapie intensive bilanciando i bisogni di tutte le parti coinvolte, rappresenta una parte importante dell'attività infermieristica in terapia intensiva e deve essere riportata in una posizione centrale e nei contenuti principali dei curricula formativi, rispetto alla posizione marginale di apprendimento informale che attualmente ricopre.

SESSION 15 ICU DISCHARGE AND FOLLOW-UP

DIMISSIONE DALLA TERAPIA INTENSIVA E FOLLOW-UP

070

Esperienze di visite di follow-up in un'unità di terapia intensiva

Experiences of a follow-up visit to an ICU

Engström Åsa, Andersson Staffan, Söderberg Siv

Luleå University of Technology, Luleå, Svezia. Email: asa.engstrom@ltu.se

Scopo: Descrivere come le persone che sono state gravemente malate ed i loro parenti stretti hanno vissuto l'esperienza post-dimissione di una visita di follow-up in una ICU.

Metodo: Il progetto di studio è qualitativo, 18 adulti partecipanti; nove sono stati gravemente malati e nove erano parenti stretti, tutti hanno fatto una visita di follow-up post-dimissione in una ICU nella parte nord della Svezia. I dati dello studio sono stati raccolti attraverso interviste personali, condotte dopo la visita di follow-up, poi i dati sono stati sottoposti ad analisi tematiche di contenuto.

Risultati: L'analisi ha dato risultati in quattro temi: ricevere forza dal tornare insieme; trovare un senso all'esperienza di malattia critica; sentirsi grati di essere sopravvissuti e la possibilità di migliorare l'assistenza. Le persone che sono state gravemente malate ed i loro parenti stretti sentivano che tornare insieme era prezioso. Incontrare lo staff, con cui i partecipanti sentivano di aver stretto una relazione, ha reso possibile l'esprimere la loro gratitudine per i trattamenti e l'assistenza infermieristica ricevuti e per suggerire miglioramenti.

Conclusioni: La ricerca ha precedentemente espresso che la visita di follow-up post dimissione è importante per le persone che sono state gravemente malate perché li aiuta a capire cosa gli è successo e di parlare dei loro ricordi durante la permanenza in ICU. Questo studio concorda con le scoperte precedenti; inoltre dimostra il valore di un diario per riempire i vuoti di memoria e comprenderne il significato. Le persone che sono state gravemente malate apprezzarono di essere in grado di tornare nella ICU con i loro parenti stretti perché si sentivano salvi. La visita di follow up offre loro la possibilità di parlare delle loro esperienze. E' importante incontrare nuovamente lo staff ICU, specialmente per quelli che sono stati più coinvolti nell'assistenza e nel trattamento della persona malata. Questo dà l'opportunità di esprimere la gratitudine per il loro lavoro, ma anche l'opinione sulle cure fornite.

041

Carico assistenziale per i caregiver e dipendenza del paziente dopo dimissione dall'unità di area critica

Caregiver burden and patient dependency following discharge from a Critical Care Unit

Angel Cobos, Juan Garófano Carrasco, Celia Jimenez Idoia

Granada, Spagna. Email: angcobvar@yahoo.es

Scopo: Analizzare il carico dei caregiver e la dipendenza del paziente dopo la dimissione da un'unità di terapia intensiva.

Metodi: Uno studio prospettico descrittivo nel periodo da novembre 2007 a marzo 2008 (attualmente le dimensioni del campione sono in aumento) nelle unità di terapia intensiva dell'Ospedale Universitario San Cecilio (Granada). Le variabili misurate: sesso, età, Zarit, Barthel (una settimana prima del ricovero e un mese dopo la dimissione), Glasgow, farmaci, tempo di ricovero, ventilazione meccanica, sedazione, nutrizione e diagnosi di ingresso. Le analisi statistiche sono state compiute attraverso SPSS. Livelli di significatività statistica $p \leq 0.005$ e il test del Chi quadro sono stati utilizzati per comparare i rapporti tra i dati.

Risultati: 52 pazienti, 63,5% maschi, 36,5% femmine. Età media 63 anni. Durata media della degenza in terapia intensiva 7 giorni. Incidenza delle ulcere da pressione 30,8% (16). La scala di carico dei caregiver Zarit, un mese dopo la dimissione dall'ospedale è stata: 53,6% nessun carico, 10,7% carico moderato e 35,7% carico severo. Il grado di dipendenza un mese dopo la dimissione ha una correlazione statistica con: precedente grado di dipendenza ($p \leq 0.002$); dopamina ($p \leq 0.002$); insulina ($p \leq 0.045$); nutrizione enterale ($p \leq 0.023$); ventilazione meccanica ($p \leq 0.022$); Glasgow ($p \leq 0.035$); propofol ($p \leq 0.011$); incidenza di ulcere da pressione ($p \leq 0.001$); ed età ($p \leq 0.011$). Ma non c'è correlazione con la durata della degenza.

Riguardo il carico sui caregivers, sono state trovate correlazioni statisticamente significative tra: grado di dipendenza una settimana prima dell'ingresso ($p \leq 0.022$); grado di dipendenza un mese dopo la dimissione dall'ospedale ($p \leq 0.00$); dopamina ($p \leq 0.019$); ventilazione meccanica ($p \leq 0.05$); e comparsa di ulcere da pressione ($p \leq 0.013$). Ma non c'è correlazione con la durata della degenza, la diagnosi o l'età.

Conclusioni: C'è correlazione tra la dipendenza del paziente dopo la dimissione dall'unità di terapia intensiva e il carico dei caregivers un mese dopo la dimissione dall'ospedale, ci sono fattori direttamente correlati alle terapie e all'assistenza utilizzate durante la loro degenza in terapia intensiva.

211

Le complicazioni a lungo termine da ICU dopo prolungata patologia critica: cura post-intensiva del paziente

Long-term ICU complications after prolonged critical illness: post-ICU patient care

Maghana Schoumans, M.C. Salakory, A. van Dieren, N. van der Kam, C.W. Buijter and DHT Tjan.

Gelderse Vallei Hospital, Ede, Olanda. Email: tjand@zgv.nl

Introduzione: I sopravvissuti a patologie critiche possono esperire uno spettro di morbidità che riducono la loro qualità di vita e prolungano il ricovero dopo la dimissione dall'ospedale. Nel novembre 2007 nella Terapia

intensiva del Gelderse Valle è iniziato un follow-up clinico per valutare specifici problemi derivanti dall'esperienza dei pazienti dopo dimissione.

Scopo: migliorare lo stato clinico e psicologico del paziente.

Metodo: sono stati identificati ed invitati a visitare l'ospedale i sopravvissuti a gravi stati settici che hanno avuto necessità di almeno 10 giorni di ventilazione meccanica.

Un questionario è stato inviato ai partecipanti e conteneva domande inerenti le attività di vita quotidiana (IADL e Barthel). Gli aspetti medici e psicologici sono stati discussi durante la visita ambulatoriale con un infermiere intensivista di Terapia intensiva.

Risultati: abbiamo valutato i primi 24 pazienti. Analisi preliminari mostrano, nell'esperienza dei sopravvissuti, un significativo livello di problemi clinici e psicologici nei tre mesi successivi alla dimissione.

I problemi di salute frequentemente incontrati includono: perdita di peso >10% (38%), polineuropatia (42%) disturbi del sonno (29%) disordini da stress posttraumatico (29%) e segni di squilibrio emotivo (20%). I nuovi problemi medici erano poco comuni e non gravi. Solo nove pazienti (38%) al termine della visita ambulatoriale presentavano il massimo punteggio di IADL e Barthel. Il tempo richiesto per superare i problemi menzionati variava dalle due settimane ad un anno dopo la dimissione ospedaliera.

Conclusioni: Problemi psicologici e medici dopo malattia critica prolungata, possono influenzare il ricovero e la riabilitazione successiva alla dimissione ospedaliera. La qualità di vita, inclusa IADL, dev'essere considerata quando si accertano i risultati delle cure intensive. Al momento il problema può essere sottostimato e ulteriori studi possono garantire il miglioramento della cura post terapia intensiva.

250

Il significato del follow-up in terapia intensiva: la prospettiva del malato

The meaning of follow-up in intensive care: patients' perspective

Sissel L. Storli, RN, ICN, MSc, PhD and Ranveig Lind, RN, ICN, MSc, PhD-student

University of Tromsø, Norvegia. E-mail: sissels@fagmed.uit.no

Ambito: La crescente comprensione della correlazione tra le esperienze e i ricordi derivati da una periodo di trattamento in terapia intensiva e il disagio di carattere mentale, ha portato allo sviluppo di varie offerte di follow-up ai pazienti. Varie di queste nozioni riguardo a cosa il follow-up possa significare per i pazienti, sono comunque note.

Scopo dello studio: Esplorare il significato delle esperienze vissute dai pazienti con un programma di follow-up che si basa sui diari dei pazienti, conversazioni dopo la terapia intensiva e visite successive alla terapia intensiva. Durante incontri con i pazienti (n=10) durante il follow-up sono stati presi appunti sugli argomenti emersi. In seguito i pazienti sono stati intervistati due volte, circa a sei mesi (n=8) e a circa 18 mesi (n=6) dopo la dimissione dall'ospedale. La prima intervista si focalizzava sulle esperienze dei pazienti in terapia intensiva e sulle loro riflessioni sull'esperienza. La seconda intervista ebbe un'attenzione particolare sul significato per ogni individuo per comprendere il supporto loro offerto. I dati furono analizzati utilizzando un approccio ermeneutico-fenomenologico.

Risultati: Lo studio conferma la precedente ricerca che scopri che i pazienti cercano di capire le esperienze vissute e ricercano il significato di esperienze e ricordi. I diari, come testi e foto, significano cura e inducono riflessioni successive all'esperienza. Lo studio ha fornito indicazioni sul fatto che le conversazioni nel follow-up possono indirizzare il paziente nella ricerca di significati. Anche la conversazione fornisce, e può essere essenziale in sé, per la disponibilità del paziente a parlare delle esperienze. Ha permesso all'infermiere di accompagnare il paziente alla ricerca di significati. La visita alla terapia intensiva è risultata importante nella ricerca di significato per il paziente. Era attraverso le "sensazioni" che le "cose" trovavano il loro spazio.

Conclusioni: Lo studio è importante nel delucidare gli aspetti che sono benefici nel follow-up dei pazienti e che possono porre le basi per ulteriori sviluppi di offerte di follow-up esistenti e futuri.

Bibliografia:

References:

1. Storli SL, Lind R, Viotti I. (2003). Using diaries in intensive care: a method for following up patients. *Connect: The world of critical care nursing*, 2, 103-108
2. Storli SL, Lindseth A, Asplund K. (2007). Being somewhere else- delusion or relevant experience? A phenomenological investigation into the meaning of lived experience from being in intensive care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2.
3. Storli SL, Lindseth A, Asplund K. (2008). A journey in quest of meaning: a hermeneutic-phenomenological study on living with memories from intensive care. *Nursing in Critical Care*, 13, 86-96

SESSION 16 CARDIOTHORACIC CARE IN PICU ASSISTENZA CARDIOTORACICA IN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA

205

Assistenza al paziente pediatrico in supporto meccanico

Assistance to the paediatric patient with mechanical support

Susanna Padrini, Simonetta Piccari.

Ospedale Bambino Gesù, Roma, Italia. Email: susanna.padrini@email.it

Contesto: Dal 1999 viene utilizzato nel centro di cardiocirurgia pediatrica dell'ospedale Bambino Gesù un tipo di cuore artificiale le cui caratteristiche tecniche si adattano alle esigenze della tipologia dei pazienti trattati. Questo dispositivo trova la sua indicazione per tutti quei pazienti affetti da insufficienza cardiaca refrattaria alle terapie mediche convenzionali.

Scopo: L'uso del cuore artificiale nei bambini non è molto frequente e, pertanto, è importante non solo conoscere la tecnologia, ma anche l'importanza di un nursing adeguato.

Risultati: L'utilizzo di tale supporto circolatorio, non è esente da rischi e complicazioni per il paziente, richiede una attenta gestione delle attività infermieristiche.

Implicazioni: La specificità della situazione richiede preparazione, accurata analisi dei rischi, miglioramento della qualità delle cure al fine di permettere al paziente di giungere al trapianto cardiaco nelle migliori condizioni emodinamiche.

213

Il sistema di codifica colore di Broselow in un reparto intensivo non pediatrico

Broselow color coding system in a non paediatric intensive care unit

Elisa Pittini, Forte A.

Udine, Italy. Email: isyspirit@libero.it

Durante i corsi di addestramento in rianimazione pediatrica si è visto che i professionisti sanitari memorizzano protocolli, nomi di farmaci, dosaggi e algoritmi, ma l'uso poco frequente e gli agenti stressanti associati all'ansia della situazione, spesso agiscono sulla sfera emotiva facendo dimenticare allo staff sanitario nozioni cliniche nel momento del bisogno.

In questo modo, le situazioni critiche in pazienti pediatrici producono senso d'insicurezza e sfiducia. In letteratura è stato dimostrato che l'alto tasso di stress contingente a queste situazioni produce una sequenza di errori, quali errori matematici di calcolo, errata interpretazione di dosaggio farmacologico da somministrare, errori d'incertezza.

Noto che nella popolazione pediatrica esiste una correlazione diretta tra peso e altezza, con uno strumento molto semplice quale il Metro Broselow si ottiene, misurando l'altezza del bambino, un'accurata stima del peso.

Una volta ottenuta l'altezza del bambino si ottiene una fascia colore corrispondente al peso e insieme a questo una serie di informazioni precise riguardanti dosaggi farmacologici, dispositivi e materiali idonei da utilizzare per il paziente pediatrico.

L'equipe rianimatoria che è stata coinvolta nell'emergenza pediatrica provvede in questo modo ad un trattamento rapido, semplice ed efficace del bambino critico garantendo più attenzione all' A-B-C-D-E del contesto critico pediatrico.

In una terapia intensiva polivalente dove gli operatori sanitari gestiscono maggiormente adulti e solo occasionalmente pazienti pediatrici è molto importante l'uso di uno strumento sicuro che migliora i trattamenti sanitari pediatrici di emergenza e urgenza.

L'utilizzo di un sistema semplice adottato per risolvere problematiche cliniche nel modo più facile e immediato riduce/elimina allo stesso tempo errori o ritardi nei trattamenti sanitari.

Da quando il sistema codice colore Broselow è stato introdotto nel nostro dipartimento di emergenza è stato possibile:

- Allestire un carrello di rianimazione pediatrico basato sul sistema codice colore
- Standardizzare il corretto uso dei dispositivi pediatrici nell'unità posto-letto
- Pianificare e implementare l'educazione all'uso del sistema codice colore

210

Il case manager in cardiologia e cardiocirurgia pediatrica. Possibili applicazioni ed impatto organizzativo

The case manager in cardiology and paediatric heart surgery: Possible applications and organizational impact

Samantha Scolari

Bologna, Italia. Email: samanthascolari@libero.it

Scopo: Questo lavoro si pone come obiettivo di valutare le applicazioni possibili e l'impatto organizzativo dell'inserimento di una figura professionale infermiere Case Manager (CM) nell'Unità Operativa di Cardiologia e Cardiocirurgia Pediatrica presso il policlinico S.Orsola di Bologna.

Questo reparto applica già da anni un modello primary nurse (approccio olistico al paziente e alla sua famiglia). Il coordinamento dell'assistenza ai ricoverati però viene attualmente gestito da diverse figure nelle diverse fasi della degenza. Il coordinamento clinico ha l'obiettivo di uniformare una prassi assistenziale di alta

qualità. Il CM diventa così promotore di un modello di assistenza da imitare. Sono state fatte osservazioni preliminari sull'evoluzione dell'ambiente sanitario e dei modelli di assistenza infermieristica in Italia.

È stata applicata una griglia di osservazione ad hoc per studiare i modelli organizzativi in due UO di degenza post acuti a Bologna, nell'unità di lavoro dell'autrice e in due unità equivalenti a Genova e Roma.

Implicazioni: L'analisi dei dati rivela che non esiste un modello di CM applicato, tuttavia alcune soluzioni organizzative sviluppate dalle unità sembrano andare verso un coordinamento clinico dell'assistenza.

L'analisi dei risultati dimostra l'importanza dell'infermiere CM e il suo ruolo in un contesto di degenza.

Risultati: L'infermiere CM, coordinatore clinico e punto di riferimento per l'assistenza, garantisce la fornitura di un'assistenza continua, personalizzata e di alta qualità. Inoltre, il suo carattere di managerialità è un incentivo al miglioramento organizzativo e al dialogo multidisciplinare.

Questa osservazione ha reso possibile innanzitutto la definizione del margine di miglioramento, poi del ruolo del CM in Cardiologia Cch. Pediatrica, della sua relazione con gli altri operatori sanitari e del loro impatto sull'organizzazione del reparto. In seguito sono stati definiti i criteri per valutare il miglioramento organizzativo risultante dall'inserimento di tale figura professionale e infine sono state tratte alcune conclusioni.

SESSION 17 RISK MANAGEMENT RISK MANAGEMENT

194

Un ambiente libero dalla colpevolizzazione può creare un ambiente sicuro nelle TI?

Does a blame free environment create a safe environment in ICU's?

Birte Baktoft, RN, CCRN, Nurse Consultant in Critical Care

Randers Hospital, Randers, Denmark. Email: Birte.baktoft@mail.dk

Contesto: Gli eventi avversi sono una grande minaccia per la sicurezza dei pazienti in terapia intensiva.

La maggior parte degli eventi avversi sono causati dallo staff, ma molti non vengono segnalati per paura di incorrere in un procedimento giudiziario. Gli eventi avversi che avvengono nei reparti di terapia intensiva aumentano la durata della degenza (LOS - Length of Stay).

Scopo: Lo scopo della presentazione è di evidenziare le più comuni cause di eventi avversi ed errori in terapia intensiva e di presentare la Legge sulla sicurezza del paziente del sistema sanitario danese (gennaio 2004). L'obiettivo della legge è di monitorare, attraverso la denuncia anonima, gli eventi avversi e, ove necessario, l'analisi delle cause profonde, al fine di rivelare la ragione che ha portato al verificarsi dell'errore.

Lo scopo della presentazione è anche quello di condividere le esperienze di analisi delle cause profonde di due eventi avversi dalla pratica in area critica.

Risultati: Lo scopo del sistema di denuncia è di imparare, non di punire e, con questo orientamento, il numero delle denunce sta aumentando considerevolmente. I risultati dell'analisi delle cause profonde hanno portato a cambiamenti significativi nella pratica clinica in area critica. La Legge sulla sicurezza del paziente si è rivelata essere un successo nella lotta alla prevenzione degli eventi avversi.

Implicazioni: Con l'introduzione di un ambiente libero dalla colpa e attraverso l'analisi delle cause profonde dell'errore la terapia intensiva sta diventando un ambiente più sicuro. Gli infermieri di area critica sono diventati maggiormente disposti e attenti nella denuncia degli eventi avversi.

Bibliografia:

1. Needleman J et al. 2002. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med*, Vol 346, no 22)
2. Wears RL, Wu AW. 2002. Dealing with failure: the aftermath of errors and adverse events. *Ann Emerg Med*. March; 39: 344-346

199

Implementazione di un nuovo sistema di documentazione clinica per migliorare l'integrazione del team multidisciplinare e prevenire gli errori clinici in una TI

Implementing of a new clinical documentation system to improve multidisciplinary team integration and prevent clinical errors in an Emergency ICU

Chiara Peduto, Bigazzi E., Solaro M., Bacci S., Becattini G., Peris A.

Azienda Ospedaliera-Universitaria Careggi, Firenze, Italia. Email: becattiniq@aou-careggi.toscana.it

Contesto: La documentazione assume oggi un valore fondamentale non solo da un punto di vista medico legale ma quale garanzia di continuità assistenziale. Inoltre consente di affrontare e sostenere percorsi di clinical risk management. Quando ben strutturata e adattata ai processi assistenziali tipici di una unità operativa, velocizza il passaggio di informazioni, riduce il rischio di errore clinico e facilita l'integrazione fra i componenti del team. La necessità di individuare indicatori di processo e di esito, che ci consentano di verificare la qualità delle prestazioni medico-infermieristiche, ci ha indotto a costituire un gruppo multidisciplinare dedicato. Nell'ultimo anno abbiamo analizzato la documentazione in uso, eseguito una revisione di letteratura alla ricerca di parametri di performance di riferimento e strumenti informativi presenti infine progettato e sperimentato un nuovo sistema documentale.

Scopo: revisione e progettazione della documentazione clinica al fine di standardizzare le procedure di raccolta dei dati relativi ai pazienti ricoverati nella nostra Terapia Intensiva di Emergenza (con una tipologia di pazienti sia medica che chirurgica nonché traumatologica) che conta 10 posti letto, 370 ammissioni/anno con una degenza media di 8 giorni (2007); analizzare l'attività svolta in termini sia di risultati clinici conseguiti, sia di risorse utilizzate; documentare la casistica raccolta per esigenze di ricerca e/o normale gestione clinica della unità operativa; gettare le basi per favorire un confronto con altre terapie intensive al fine di migliorare la qualità dell'assistenza fornita.

Risultati: Produzione di una scheda integrata di accertamento (informatizzata), una grafica giornaliera (cartacea), schede accessorie riguardanti il monitoraggio delle lesioni da compressione, la gestione dei devices, la fisioterapia, gli aspetti nutrizionali, ed infine la scheda di dimissione e la programmazione del follow up (informatizzata).

Implicazioni: L'attuale sistema documentale ci appare adeguato a supportare tutte le informazioni che costituiscono l'impalcatura di un percorso assistenziale. Inoltre l'approccio multidisciplinare ci ha consentito di ridurre la frammentazione dell'assistenza e promuovere la qualità delle prestazioni sanitarie. Il progetto prevede inoltre la completa informatizzazione del sistema documentale e la sua integrazione con i dati strumentali di monitoraggio.

Bibliografia:

1. Ellrodt G, Cook D, Lee J, Cho M, Hunt D, Weingarten S, Evidence-Based disease management, *JAMA* 1997; 278: 1687-1692

2. Fumagalli E, Lamboglia E, Magon G, Motta PC, La cartella infermieristica informatizzata- Uno strumento per la pianificazione dell'assistenza infermieristica e la misurazione del carico di lavoro, CG Edizioni Medico Scientifiche, Torino 1998
3. Fuller J, & Schaller-Ayers J, Health assessment: a nursing approach (3rd ed.), Philadelphia: JB Lippincott 1999

191

Risk management e incident reports: strumenti per cure di qualità

Risk management and incident reports: instruments for quality care

Sabrina Egman, E. Sollena

Palermo, Italy Email: segman@ismett.edu

Premessa: L'attivazione di un Comitato per il rischio clinico in ambito delle strutture ospedaliere può ridurre le possibilità di errori in corsia. Negli ultimi anni la percentuale delle strutture ospedaliere che hanno iniziato un'esperienza di registrazione degli eventi a rischio è salita dal 17% al 23%. Questo incremento evidenzia la presa di coscienza delle diverse realtà ospedaliere, e sottolinea l'importanza della prevenzione del rischio sanitario per gli operatori e per gli utenti, al fine di valutare e migliorare la gestione e la qualità di assistenza.

Scopo: Descrivere gli obiettivi e le esperienze della nostra struttura relativamente alla formazione degli operatori sanitari sul Clinical risk Management e il protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella.

Materiale e metodi: L'IsMeTT, in Joint-venture con l'University Medical Center di Pittsburgh, ha da tempo adottato il sistema di rilevazione di eventi critici. L'operatore sanitario viene responsabilizzato e chiamato ad individuare le circostanze di rischio per il paziente e a completare un apposito modulo di rilevazione: l'Incident Report. I documenti compilati, opportunamente collezionati, vengono analizzati dalla commissione apposita del Risk management che assume il compito di analizzare gli Incident Report e, quando necessario, eseguire una Root cause analysis. Il proposito è quello di implementare delle politiche, o delle procedure, per prevenire e/o ridurre il verificarsi dell'incidente in ospedale.

Risultati: Dal 2005 al 2007 nel nostro Istituto, gli eventi analizzati sono stati 10000, sottolineando che occorre dare importanza al problema e ottimizzare, se possibile, gli strumenti per il controllare e la rilevazione degli errori. La commissione svolge un lavoro trasparente di monitoraggio continuo, sviluppando e promuovendo soluzioni per le problematiche analizzate, che possono essere state causate da errori umani o dal sistema.

In futuro una rete di comunicazione tra i diversi Comitati di Rischio aiuterebbe a confrontarsi per migliorare le strategie di prevenzione.

SESSION 18 CARING FOR PATIENTS AND FAMILIES ASSISTENZA AI PAZIENTI ED ALLE FAMIGLIE

049

Uscite all'esterno: le esperienze dei pazienti delle terapia intensiva

Outdoor trips: the experiences of ICU patients

Malene Skjoedt, Kea Bruhn, Mette Weinhard, Trine Mosegaard.

Aarhus Sygehus, Aarhus, Danimarca. Email: skjod@as.aaa.dk

Obiettivi: La letteratura è piena di articoli che descrivono la perdita di speranza nel migliorare le condizioni in pazienti ricoverati in terapia intensiva. Esiste una notevole evidenza che i pazienti che vengono portati all'esterno della terapia intensiva migliorano più velocemente. L'obiettivo dello studio fu quello di investigare se esperienze fuori dalla TI hanno creato effetti positivi sul benessere psicologico dei pazienti di TI.

Metodo: L'esperienza della TI 600 è quella di giri con sedia a rotelle nel giardino dell'ospedale quando il paziente di TI è stabile. Nel giro esterno può essere incluso l'uso di equipaggiamenti come respiratore portatile, supporto di ossigeno, monitor, presidi di emergenza per la sicurezza del trattamento del paziente.

Il centro del nostro studio fu la stimolazione sensoriale. Il paziente sperimentò la luce del sole, il vento e qualche volta la pioggia. Fiori e piante di stagione furono raccolte e percepite. Spesso i familiari parteciparono alla passeggiata esterna. I 6 pazienti furono scelti a caso. Fu inviato un questionario quando il paziente venne dimesso a casa. Domande poste: se il paziente ricordava il giro esterno, l'importanza dell'esperienza fatta e la partecipazione dei familiari.

Risultati: 5 pazienti o parenti coinvolti risposero. Tutti indicarono che il giro esterno aveva avuto un significato positivo. I pazienti e i familiari descrissero individualmente che:

- il giro apportò speranza e certezza nel miglioramento
- gioia in quella limitata vita
- riportare la voglia di combattere
- che fu positivo scappare dagli ambienti dell'ospedale
- una sensazione di sentirsi più essere umano

Conclusioni: il nostro studio indicò che dare ai pazienti lungodegenti di TI una esperienza di passeggiata esterna avrebbe portato speranza, spirito di combattimento, avrebbe aiutato il paziente a riscoprire la scintilla della vita.

Bibliografia:

- Ulrich R. Part two: Affect and Aesthetics, Chapter 3; Biophilia, Biophobia, and Natural Landscapes. Page 73-137. In: The Biophilia Hypothesis. Edited by Kellert and Wilson. Island Press, 1993
- Ulrich R. et al: The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21 th Century: A once-in-a-Lifetime opportunity September 2004. Downloaded March 25, 2008 http://www.healthdesign.org/research/reports/physical_envirion.php

073

La conversazione con i parenti dei pazienti in morte cerebrale: prospettive assistenziali

Conversation with relatives of brain-dead patients: a caring perspective

Anette Mussman

Odense University Hospital, Odense, Danimarca. Email: anette.mussmann@ouh.regionsyddanmark.dk

Contesto: I parenti del paziente si aspettano che gli infermieri rimangano professionali in tutte le circostanze. Questo riguarda anche le conversazioni che si svolgono tra gli infermieri e i parenti stretti dei pazienti che sono dichiarati in morte cerebrale. Quindi, diventa problematico se l'infermiere non sa cosa e come comunicare in queste situazioni, come si fa a non far scattare il rischio che i parenti si sentano abbandonati.

Studi sottolineano l'importanza di questo dialogo per i parenti, ma non ci sono studi che mostrino come deve avvenire questa conversazione nel contesto umanistico. Questo studio si concentra su come aiutare i parenti in questa difficile situazione e, indirizza ai problemi relativi alla conversazione con i parenti dei pazienti in morte cerebrale.

Obiettivi: Sviluppare una comprensione teorica delle opzioni che gli infermieri di terapia intensiva hanno per aiutarsi a superare una conversazione con i parenti di un paziente dichiarato in morte cerebrale.

Risultati: I parenti subiscono esperienze traumatiche e la loro speranza per la sopravvivenza esiste fino a quando il defunto non mostra evidenti segni di morte e, da allora, è difficile ottenere qualcosa di più della comprensione tecnica della morte cerebrale. I parenti comunque rimangono amareggiati molto tempo dopo la scomparsa del loro familiare e reagiscono negativamente al comportamento focalizzato sugli organi del paziente.

Implicazioni: La compassione costituisce il principio complessivo della conversazione, mentre fare in modo che siano esauditi i saluti finali al defunto, la direzione della conversazione, la cura del defunto, l'attenzione ai bisogni spirituali, focalizzarsi su riflessioni di vita e su un dialogo aperto e percettivo, costituiscono i principi specifici della conversazione con i parenti di un paziente cerebralmente morto.

Per aiutare i parenti in relazione alla morte cerebrale l'infermiere dovrebbe possedere una professionalità orientata alla persona, che garantisca che i parenti in nessuna circostanza debbano considerare di ottenere risultati certi, ma che possano essere sempre considerati, di per se stessi, l'obiettivo dell'infermiere.

Elevati livelli dei sintomi di patologia acuta da stress post-traumatico conseguente a situazioni di criticità ed a trattamenti intensivi

High symptom levels of acute posttraumatic stress disorder following critical illness and intensive care treatment

Karin Samuelson, RNANIC, MScN, PhD¹, Ingrid Corrigan, RNIC, MScN²

¹Lund University, ²Lund University Hospital, Lund, Svezia. E-mail: karin.samuelson@med.lu.se

Scopo: Indagare i sintomi correlati ai disturbi da stress post-traumatico (PTSD) correlati ai ricordi stressanti della terapia intensiva (ICU) e descrivere il significato delle reazioni da stress post-traumatico conseguenti alla patologia critica.

Metodi: E' stato condotto uno studio di coorte prospettico nell'arco di 18 mesi in due terapie intensive generali includendo 313 adulti intubati, ventilati meccanicamente, ricoverati per più di 24 ore. I pazienti (250) sono stati intervistati dopo 5 giorni dalla dimissione dalla terapia intensiva su argomenti inerenti gli eventi stressanti durante la degenza in terapia intensiva utilizzando il questionario Esperienze Traumatiche in Terapia Intensiva, e un'ulteriore intervista dopo 2 mesi (226) inerenti i sintomi di PTSD acuto utilizzando la scala revisionata di Impatto degli Eventi. Quattordici dei 19 pazienti con livelli elevati di sintomi correlati di PTSD acuto, come la preoccupazione clinica, furono successivamente intervistati utilizzando un approccio fenomenologico.

Risultati: Elevati livelli di sintomi di PTSD acuto furono presenti nel 8.4% dei 226 pazienti ed erano associati con esperienze di terapia intensiva valutate come estremamente stressanti quali sentimenti di estrema paura e di incubi notturni. Le interviste approfondite espressero che l'essenza del fenomeno di reazioni stressanti post-traumatiche furono considerate una transizione in una situazione di vita al di là del controllo, ove le esperienze traumatiche hanno un profondo impatto e sono sempre presenti.

Conclusioni: I risultati indicano che lo sviluppo di elevati livelli di sintomi correlati ad evento acuto PTSD dovrebbero essere riconosciuti come una possibile conseguenza per i pazienti critici che sopravvivono alla terapia intensiva e che la sofferenza causata da reazioni stressanti post-traumatiche è sostanziale. Questi risultati enfatizzano la necessità di alleviare o prevenire alcune sofferenze, sia in terapia intensiva sia dopo di essa. Strategie di supporto e di assistenza sono essenziali per ridurre l'impatto di esperienze stressanti e di paura attraverso l'intero percorso, e dovrebbero essere presi in considerazione interventi mirati verso i pazienti a rischio. E' raccomandato un servizio di follow-up di routine dei sopravvissuti alla terapia intensiva al fine di promuovere il comfort a lungo termine e il benessere del paziente.

Bibliografia:

1. Samuelson K, Lundberg D, Fridlund B. Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients – a 2-month follow-up study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2007; 51: 671-678
2. Corrigan I, Samuelson K, Fridlund B, Thomé B. The meaning of posttraumatic stress-reactions following critical illness and intensive care treatment. *Intensive and Crit Care Nurs* 2007; 23(4): 206-215.

SESSION 19 INTERNATIONAL CULTURAL ISSUES

PROBLEMI CULTURALI INTERNAZIONALI

058

Il programma di interscambio EFCCNA: un'opportunità per gli infermieri di area critica d'imparare e crescere professionalmente

The EfCCNa exchange programme: an opportunity for ICU nurses to learn and grow professionally

Erika Bassi

S.Giovanni Valdarno, Italia. Email: erika.bassi@gmail.com

Chi è l'infermiere di terapia intensiva in Europa?

Rispondere a questa domanda è stato l'obiettivo del congresso ANIARTI 2004; in quell'occasione è stato presentato il programma di scambio promosso dall'EfCCNa che prevede, per gli infermieri europei di terapia intensiva, la possibilità di soggiornare in un paese della comunità europea diverso dal proprio e sperimentare l'assistenza al paziente critico in un ospedale straniero; davvero una grande opportunità per imparare e crescere professionalmente.

Nel settembre 2005 sono andata in Olanda: sono stata 4 giorni a Gröningen presso l'ospedale universitario dove ho visitato la terapia intensiva pediatrica; i giorni successivi mi sono spostata a Roermond presso il Laurentius Hospital e sono stata due giorni nella terapia intensiva per adulti. Sebbene il tempo sia stato poco le opportunità per imparare sono state molte; ho cercato di osservare i colleghi infermieri, di farmi coinvolgere e di raccogliere informazioni.

Quello che mi ha colpita come infermiera italiana sono state non solo le procedure, le tecniche, la pratica clinica o i dispositivi medici, ma in particolare il contesto organizzativo e relazionale. Ho trovato grande organizzazione, grande collaborazione tra le diverse figure professionali, un alto livello di abilità e programmi strutturati di addestramento per i nuovi assunti; tutto questo in un contesto di grande calma e rispetto per le volontà del paziente stesso.

Secondo me l'opportunità più significativa che questo tipo di esperienza può dare è quella di vedere con i propri occhi che è possibile lavorare in terapia intensiva anche in modo diverso da quello a cui si è abituati; penso che potrebbe far parte di un programma formativo (ad esempio nel corso di Master per infermieri in area critica) quello di sviluppare conoscenze e consapevolezza in merito all'assistenza al paziente critico nei diversi paesi europei anche attraverso programmi di scambio come quello promosso da EfCCNa.

082

Il cibo non è sufficiente e senza i nutrienti essenziali milioni di bambini moriranno. Questa è un'emergenza medica: una campagna di Medici Senza Frontiere

Food is not enough without essential nutrients millions of children will die. This is a medical emergency:

A campaign of Medicines Sans Frontieres

Ettore Mazzanti

Medeci Senza Frontiere, Roma, Italia. Email: ettore.mazzanti@rome.msf.org

Il persistere di alti tassi di mortalità infantile nell'Africa sub-sahariana e in Asia è legato ad una non congrua presa in carico della malnutrizione. E' realmente un'emergenza medica, lo vedono I team di MSF quotidianamente , dopo aver preso in cura oltre 150.000 bambini in quasi un centinaio di programme nutrizionali nel 2006. La malnutrizione indebolisce le difese immunitarie ed aumenta il rischio di morire per infezioni respiratory o gastro-enteriti, malaria, morbillo e velocizza l'aggravarsi dell AIDS (sono le prime 5 patologie che uccidono I bambini al di sotto dei 5 anni ogni anno. Le attuali strategie per contrastare la malnutrizione sono improprie. Esiste la possibilità di fornire I nutrienti essenziali ai bambini tramite una "semplice" crema alimentare pronta all'uso. Particolarmente adatta ai bambini ha notevolmente ampliato la possibilità di un intervento nutrizionale efficace.

E' per noi prioritario che vengano accresciute le possibilità di integrare le povere diete dei bambini vulnerabili compresi tra le fasce di età tra I 6 mesi e I 5 anni.

La chiave di volta è che questi cibi pronti all'uso contengono tutti I nutrienti necessari per una regolare ed appropriate crescita per I bambini.

Deve essere inoltre considerate l'ipotesi dell'uso terapeutico di questi prodotti congiuntamente alle terapie farmacologiche dei pazienti affetti da Hiv e TBC.

188

Un eccellente progetto sanitario in un ambiente del terzo mondo: l'Africa

An excellent project of health in a third world context: Africa

Maria Cristina Rossi, Margherita Caravello, Antonia Conte

Torino, Italia. Email: crisinf12@yahoo.it

Il "Salam Centre" ospedale cardiocirurgico di Emergency (O.N.G. Internazionale) operante in Sudan alla periferia della capitale Khartoum dall' aprile 2007, rappresenta un centro all'avanguardia in una zona del mondo dove il significato della parola "sanità" è ben lontana dai canoni europei. La maggior parte dei pazienti ha un età inferiore ai 25 anni, e le patologie curate sono per la maggiore patologie valvolari di tipo congenito e reumatico. Sono pazienti provenienti da tutti gli stati federali del Sudan, (tra cui anche il Darfur) ma anche dai paesi limitrofi del Sudan come l'Eritrea, la Repubblica Centrafricana, la Repubblica Democratica del Congo, il Kenya, l'Etiopia, l'Uganda, il Chad, la Libia, l'Egitto. Gli scopi del progetto si possono così riassumere:

- Qualità dell'approccio sanitario,
- Creare una rete di rapporti tra paesi con politiche storicamente in disaccordo.

Il Salam Centre ha questa ambizione, non a caso SALAM significa PACE. L'operare in un contesto così differente dal quale si è abituati rappresenta una continua sfida per gli infermieri e i medici che vi operano adottando nuovi modelli formativi contestualizzati in una realtà culturale diversa e particolare.

Rappresenta altresì, in un ottica di cooperazione, una opportunità di chirurgia specialistica in un paese dove l'aspettativa di vita è in media di 50 anni e dove le cure sanitarie vengono erogate a pagamento.

Il personale internazionale ha due principali compiti in questo tipo di missione: riuscire a trasformare la propria esperienza e le conoscenze in qualcosa di utile per coloro con cui si collabora e per chi si va a curare, e fare formazione sul campo dedicata al personale nazionale.

Il progetto Salam Centre è solo all'inizio, ma già si possono valutare dei risultati sia dal punto di vista assistenziale, formativo, e socio-umanitario.

246

Innovazioni nell'assistenza per la colostomia dei bambini in India

Innovations in colostomy care of children in India

Raman Kalia, K.L.N.Rao, I.Walia.

Post Graduate Institute of Medical Education and Research (PGIMER), Chandigarh, India.

Email: ramandr_kalia@yahoo.com

Introduzione: Le malformazioni congenite nei bambini sono una delle maggiori cause di deformità nell'infanzia. I bambini nati con malformazioni ano rettali richiedono un intervento chirurgico d'emergenza subito dopo la nascita e un'assistenza domiciliare intensiva fornita dai genitori sino all'età di 2-3 anni.

Materiali e Metodi: Innovative ed economiche procedure di medicazione della colostomia dei bambini sono state create adattandosi alle condizioni economiche dei genitori. Le sacche da colostomia disponibili nei mercati indiani sono costose e al di sotto delle possibilità dei genitori così, prodotti domiciliari come vecchi pezzi di stoffa di abiti, olio di cocco, ecc, venivano usati per medicare la colostomia. Lo stesso viene consigliato ai parenti attualmente. Due aiuti audiovisivi nella forma di un piccolo libro e di un video sono stati sviluppati nelle lingue regionali del paese per i genitori dei bambini che hanno fatto la colostomia alla nascita e l'efficacia di questi aiuti è stata verificata. I genitori (n= 120) furono intervistati utilizzando una intervista semi-strutturata al fine di valutare il loro grado di istruzione e lo stato socio-demografico. I genitori dei bambini portatori di colostomia furono considerati "coloro che si prendevano cura della colostomia" a domicilio utilizzando gli aiuti elencati dividendoli in tre gruppi cos' suddivisi: piccolo libro (n=40), video (n=40), piccolo libro e video (n=40). I genitori ricevettero una valutazione educativa pre e post utilizzando questionari a risposta multipla ricavati dagli strumenti di aiuto forniti.

Conclusioni: I genitori derivavano da uno stato socio-economico basso, 70% aveva un'entrata mensile <Rs. 3000, il grado di educazione era molto basso. 67% dei genitori erano analfabeti. Nella valutazione preventiva sui genitori, le conoscenze e le abilità erano insufficienti per la cura domiciliare della colostomia, la media della valutazione preventiva era 3.53, 3.45, 4.18 rispettivamente nei tre gruppi (libro, video, libro + video rispettivamente). Le medie dei punteggi nelle valutazioni post salirono a 6.05, 5.70, 6.28. La differenza nelle medie fu statisticamente significativa (p<0.05). la comparazione tra i diversi aiuti educativi indicò che entrambi gli strumenti d'aiuto furono significativi nell'implementare le conoscenze e la pratica dei parenti sulla cura della colostomia a domicilio.

SESSION 20 EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION OSSIGENAZIONE EXTRACORPOREA A MEMBRANA

187

L'ossigenazione extracorporea a membrana (ECMO) aiuta durante la rianimazione cardiopolmonare nel dipartimento di emergenza: report di quattro casi

Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) rescue for cardiopulmonary resuscitation in Emergency Department: report of four cases

Enrico Lumini, S. Bambi, I. Orlandi, M. Ruggeri, G. Becattini, M. Fratini, S. Tramontana
Scandicci, Italia. Email: e.lumini@tin.it

Contesto: Nonostante le molte risorse necessarie, la rianimazione cardiopolmonare extra corporea (RCPE) è stata indicata come una possibile estensione della RCP tradizionale. È noto che la durata della RCP prima dell'inizio della RCPE è simile tra i pazienti sopravvissuti e non, ma la durata della RCP che può rendere futuri ulteriori trattamenti non è conosciuta. Nel 2007 è partito uno studio all'interno dell'ospedale di Careggi che prevede la possibilità della RCPE per i pazienti vittima di un arresto cardiaco sia intra che extra ospedaliero che non rispondono alle manovre di RCP tradizionali.

Scopo: Descrizione di quattro casi nei quali è stata utilizzata la RCPE. Come parte di uno studio più grande questa prima esperienza in DEA può indirizzare la ricerca in corso e la condivisione dei dati può contribuire ad individuare indicatori di esito sfavorevole.

Risultati ed Implicazioni: 4 pazienti sono stati sottoposti ad RCPE, l'età media è stata di 35 anni (± 11) tre pazienti erano maschi ed in tre casi l'arresto cardiaco è avvenuto al di fuori dell'ospedale. Il primo ritmo cardiaco registrato è stato la fibrillazione ventricolare in due casi e l'asistolia negli altri due casi. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad un protocollo completo di RCP secondo le attuali linee guida ERC: in tutti i pazienti la RCP, la defibrillazione, la somministrazione di adrenalina e antiaritmici non aveva prodotto risultati. Il tempo medio di RCP prima del supporto extra corporeo è stato approssimativamente di 150 min (± 42 min). Nessuno dei pazienti sottoposti a ECMO è sopravvissuto: in due pazienti la RCPE è stata sospesa per morte cerebrale e due pazienti sono deceduti a causa di disfunzione multiorgano in seguito a complicanze settiche o infarto intestinale. In tutti i casi sono state registrate scarse informazioni riguardo l'inizio e la qualità della RCP sul territorio e durante il trasporto e sempre in tutti i casi i valori di anidride carbonica di fine espirazione sono stati molto bassi. Molti fattori clinici e biochimici possono essere potenziali predittori di un appropriato utilizzo della RCPE. Il registro dell'arresto cardiaco è una modalità plausibile per raccogliere ulteriori dati riguardo l'efficacia della RCPE.

Bibliografia:

1. Shin JS, Lee SW, Han GS, Jo WM, Choi SH, Hong YS. Successful extracorporeal life support in cardiac arrest with recurrent ventricular fibrillation unresponsive to standard cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*. 2007 May;73(2):309-13.
2. Massetti M, Tasle M, Le Page O, Deredec R, Babatasi G, Buklas D, Thuaudet S, Charbonneau P, Hamon M, Grollier G, Gerard JL, Khayat A. Back from irreversibility: extracorporeal life support for prolonged cardiac arrest. *Ann Thorac Surg*. 2005 Jan;79(1):178-83; discussion 183-4.
3. Kelly RB, Porter PA, Meier AH, Myers JL, Thomas NJ. Duration of cardiopulmonary resuscitation before extracorporeal rescue: how long is not long enough? *ASAIO J*. 2005 Sep-Oct;51(5):665-7.

052

Ossigenazione extracorporea a membrana come ponte nel trapianto di polmone: report di un caso

Extracorporeal Membrane Oxygenation as a bridge to lung transplantation: a case report

Francesco Galantino RN, Natascia Nardon RN, Pietro Migliavacca RN, Antonella Sacchi RN
Pavia, Italia. Email: ria2@pietromigliavacca.it

In terapia intensiva ECMO è una tecnica di supporto extracorporeo della funzionalità cardiaca e/o respiratoria per pazienti in cui cuore e polmoni sono gravemente compromessi. In questi ultimi anni il supporto extracorporeo è stato utilizzato in differenti casi, tanto da divenire una tecnica in grado di supportare le funzioni vitali degli organi. Recentemente un nuovo termine, ECLS (extracorporeal life support), è stato introdotto per descrivere questa tecnica. Presenteremo un interessante caso di un paziente di 40 anni con diagnosi definitiva di NSIP (non-specific interstitial pneumonitis), che è stato trattato con ECLS. Il paziente è stato ricoverato nella nostra unità di terapia intensiva per insufficienza respiratoria. Inizialmente è stato trattato con ossigeno ad alti flussi alternato a NIV (non invasive ventilation), ma il peggioramento della sua situazione respiratoria ci ha portati ad iniziare un supporto extracorporeo con NOVALUNG® (a-v), il tutto mentre rimaneva comunque in respiro spontaneo con NIV ed NO (ossido nitrico).

Un ulteriore peggioramento degli scambi respiratori ci ha condotti quindi alla rimozione del NOVALUNG e a cominciare il trattamento con ECMO (v-v). Questo dispositivo ha richiesto terapia anticoagulante continua che, comunque, non ha causato importanti sanguinamenti. ECMO ha preservato la funzionalità multiorgano. Dopo 40 giorni, nel giorno del suo quarantesimo compleanno, il paziente viene sottoposto a trapianto monopolmonare destro.

È tornato successivamente nella nostra unità di terapia intensiva con un quadro di insufficienza renale acuta, che ha richiesto CVVHDF (continuous veno-venous hemo dialfiltration), ed ancora una lieve insufficienza respiratoria che ha comportato la continuazione di ECMO. La situazione clinica è poi migliorata gradualmente, tanto da giungere alla rimozione di ECMO, avvenuta appunto dopo 5 giorni. Nei giorni seguenti viene risolto anche il problema dell'insufficienza renale. Dopo 2 mesi il paziente viene trasferito in riabilitazione senza il bisogno di alcun supporto respiratorio.

ECMO: Gestione infermieristica del paziente con circuito di bypass cardiopolmonare per temporaneo supporto vitale nell'insufficienza cardiaca e/o respiratoria potenzialmente reversibile come ponte in attesa di trapianto

ECMO : nursing management of patients with cardiopulmonary bypass circuit for temporary life support in potentially reversible cardiac and/or respiratory failure as a bridge to transplantation

Sandra Sansolino, Romano Katia

Perugia, Italia. Email: entropy66@alice.it

Premessa: L'assistenza cardiocircolatoria e/o respiratoria (ECMO) è una delle tecniche di supporto cardiopolmonare applicata nei pazienti con insufficienza cardiaca e/o respiratoria acuta grave refrattaria ai protocolli terapeutici tradizionali. E' una macchina cuore-polmoni costituita da cannule di afflusso che portano il sangue dall'atrio sinistro e/o destro al ventricolo artificiale, di una pompa a flusso continuo, di un ossigenatore a membrana, in caso di assistenza polmonare o cardiopolmonare, che ossigena il sangue venoso proveniente dall'atrio destro o dalle vene cave, di una cannula di efflusso che porta il sangue attraverso l'aorta, arteria femorale, arteria succlavia nel sistema cardiocircolatorio del paziente.

Scopo: Trattare dal punto di vista diagnostico-assistenziale, nonostante la complessità, il paziente che necessita del dispositivo sopradescritto in attesa di trapianto, attraverso l'elaborazione del percorso assistenziale. Individuare ed elaborare all'interno del percorso i passaggi critici, a cui potrebbe andare incontro il paziente, che porterebbero a una deviazione dello stesso.

Materiali e metodi: Elaborazione del percorso assistenziale.

Risultati: Tra il 2001-2005, nel nostro dipartimento, sono stati applicati 38 dispositivi di assistenza cardiocircolatoria e/o respiratoria: sopravvivenza globale 61,8%. Nel 2006 ne sono stati applicati 13: sopravvivenza globale 38,46%.

Conclusioni: Garantire all'utente un alto livello di assistenza attraverso l'utilizzo del percorso assistenziale, rispettando i protocolli operativi di servizio, realizzati da personale infermieristico in continua formazione e aggiornamento, che opera sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse organizzative, professionali e tecnologiche a disposizione.

Bibliografia:

1. Bozzetti G, Grillone G, Spanu P. Terapia Meccanica dell'end stage heart failure", in *Minerva Anestesiol* , N. 72 (suppl. 1 del n. 10), 2006, p. 295-9
2. Philip H. Kay, Christopher M. Munsch, Traduzione a cura di Bruno Turinetto, *Tecniche di circolazione extracorporea*, Clueb, Bologna 2005
3. Casati G, Vichi MC. *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*. McGraw-Hill, Milano 2002

SABATO, 11 OTTOBRE 2008

Curare e prendersi cura: un paradigma per le cure intensive

Curing and caring: a paradigm for intensive care nursing

Elio Drigo,

Udine, Presidente Aniarti, Italia

Le strutture di assistenza intensiva sono diventate i contesti in cui si verifica l'incontro e la sintesi di frontiera di scienze, professionalità, orientamenti sociali, applicazioni dell'etica. Assistere le persone non è più, nemmeno in terapia intensiva, solo risolvere urgentemente problemi "fisici", ma ristrutturare l'equilibrio fortemente compromesso di "persone" all'interno di una comunità allargata con i suoi orientamenti e le sue scelte in forte evoluzione.

Gli assunti di riferimento

Per gli infermieri di area critica sono l'idea di persona, di salute, l'ambiente e di interdipendenza. La costante della complessità in questa concezione fa comprendere come non si possa risolvere i problemi di salute se non componendo elevate conoscenze scientifiche con modalità organizzative e comportamenti professionali molto avanzati e sempre attenti alle possibili evoluzioni. Da un tale contesto appare un'incertezza costante, fenomeno oggi molto diffuso. Non deve essere il fattore dominante: La percezione dell'incertezza deve essere solo fattore di stimolo al miglioramento. Nelle spinte globali verso una maggiore attenzione alla qualità della vita, l'assistenza assume una posizione centrale, anche se non vi è ancora una diffusa consapevolezza; gli infermieri devono pertanto indicare la strada: prima individuandola e quindi contribuendo alla diffusione "politica" delle idee.

La responsabilità infermieristica si allarga oltre al proprio compito esecutivo per diventare funzione nella comunità. Una comunità non più ben precisamente circoscrivibile, ma sempre più planetaria. Con le inevitabili implicanze di interconnessione delle relazioni economiche, culturali, etiche.

La frontiera dell'area critica richiede la individuazione dei problemi ed i tentativi per una loro prima soluzione; le implicazioni sono la costante possibilità di insufficienza di risposte, rischio di lavorare solo per tentativi ed errori, forte rischio di burn-out per le implicanze esistenziali costantemente presenti.

Un paradigma per un infermiere professionista ma anche filosofo, quindi.

Nell'attuale complessità, fornire risposte assistenziali all'altezza delle attese significa garantire capacità tecniche ma anche relazionali avanzate. Fin dall'antichità chi curava le persone si è sempre posto il problema del significato della vita e delle relazioni.

Un paradigma per l'infermiere dell'area critica

Per essere "infermieristico", il paradigma deve privilegiare l'accento sugli aspetti di specificità dell'assistenza,

- che si differenzia dalla cura/diagnosi-terapia anche se, della stessa possiede una buona conoscenza finalizzata alla migliore risposta alle persone;
- che sottolinea gli aspetti relazionali con la persona e i suoi referenti significativi, tutta la componente soggettiva e di necessario recupero dell'autonomia possibile e la garanzia di rispetto della dignità, in tutte le situazioni sia che si tratti di scelte personali che di decisioni dell'èquipe curante;
- che pratica le prestazioni di cura diretta della persona nella misura in cui queste sono giustificate dalla specifica complessità legata sia alle componenti tecniche e valutative dei parametri vitali e sia al possibile impatto sulla percezione dell'assistito in termini di risultato sul recupero della salute;
- che si cura dell'insieme dell'organizzazione come strumento per l'effettivo raggiungimento di obiettivi molto complessi.

Ma, quello che oggi dobbiamo considerare nuovo, è il livello della responsabilità che ricade sull'infermiere:

- individuale: non solo elevata competenza, ma anche
- locale/sociale: responsabilità di informare e coinvolgere la comunità sui problemi di salute/assistenza, specificamente quelli relativi alle situazioni di criticità
- globale: responsabilità di guardare a tutti i problemi dell'assistenza nella criticità in una prospettiva mondiale.

Spesso, rispetto a molti aspetti della vita di oggi, percepiamo una sensazione di impotenza nel cambiare le situazioni che richiederebbero cambiamento; la nostra responsabilità sembra svuotata. La responsabilità in un mondo completamente condiviso, ha invece acquisito un accresciuto significato e peso, che deve essere speso per azioni che devono essere appropriate.

Ostacoli e perplessità

In maniera automatica tutti gli attori che determinano l'andamento del mondo di oggi sostengono una modalità efficacista di operare. Altri riferimenti sembrano contare sempre meno. L'inversione della tendenza potrebbe sembrare un'impresa impossibile. Il quesito è se alcuni valori fondativi riusciranno a continuare a sostenere (oltre l'efficienza) le relazioni ai vari livelli.

NC

Il potere del prendersi cura: evidenze scientifiche in area critica

The power of caring: evidenced-based critical care

Elizabeth Papathanassoglou

School of Nursing, Università di Atene, Grecia. Email: elipapa@nurs.uoa.gr

Contesto: MODS è una devastante manifestazione di malattia critica con eziologia sfaccettata e vaghi mezzi di prevenzione e trattamento. Continua ad essere responsabile della morte di migliaia di malati critici ogni anno.

Scopo: Rivedere le pratiche basate sulle evidenze nell'infermieristica di Terapia Intensiva ed il loro effetto sulla prevenzione ed il trattamento di MODS; esaminare una potenziale struttura teorica per l'assistenza critica infermieristica che comprenda principi dalla teoria dei sistemi complessivi ed adattivi.

Metodi: Rivisitazione della letteratura e sintesi di conoscenze con affermazioni teoriche.

Risultati: Da una prima comprensione comincia ad emergere che MODS è un fenomeno complesso disciplinato da una dinamica non lineare. Multipli approcci terapeutici potrebbero essere necessari e da impiegare insieme, in quanto la persona-sistema comprende una moltitudine di sistemi, presumibilmente con diversi punti critici e diverse risposte allo stress.

Molte attività di supporto all'assistenza critica, come ad esempio posizionamento ed igiene, hanno dimostrato di avere un grande impatto sugli outcomes dei pazienti, di gran lunga superiore all'efficacia di nuove terapie mediche. E' opportuno esplorare l'intervento "bundle" per la cura di pazienti critici, includendo diverse misure, come l'igiene, il supporto psicologico e cognitivo, la gestione dell'ambiente e la tempestiva orchestrazione di interventi terapeutici con la finalità di massimizzare il potenziale terapeutico dell'assistenza infermieristica. Interventi minori o disturbi minori ci si può aspettare che si manifestino con un effetto sproporzionato sull'outcome del paziente nel corso del tempo.

Conclusione: Nonostante l'efficacia basata sulle evidenze degli esperti in assistenza in area critica, il potenziale terapeutico di interventi delicati (ad esempio, la comunicazione col paziente, la mobilitazione, il coinvolgimento della famiglia, deve ancora essere stabilita.

SESSION 21 PAIN AND SEDATION PRACTICE PRATICHE PER IL DOLORE E LA SEDAZIONE

112

Assessment of pain in ICU in patients who cannot communicate: clinical interest of the SOS DOLOUSI, a Behavioral Pain Scale

Marie De Val¹, M. Pachioli¹, C. Lorent², T. Nguyen³, M. Daune M.D¹.

¹Unité de soins intensifs, ²Cellule indicateurs du département infirmier, ³Statisticien, CHU de Charleroi, Belgio.
Email: magali.vael@chu-charleroi.be

Scopo: determinare, attraverso SOS Dolousi (DPS) una scala di selezione dell'intensità del dolore, se questa può essere usata nella gestione dei pazienti che non possono esprimersi verbalmente, o con segnali, seguendo di stimolazioni nocicettive.

Metodo: 110 adulti critici che sono stati ammessi consecutivamente nella nostra T.I. per varie patologie e che non erano in grado di esprimere il dolore verbalmente o con segni, sono stati valutati con la DPS.

Questa scala è composta da 4 items: compliance alla ventilazione, espressione della faccia, motricità e produzione di lacrime (no dolore: minimo score = 4; massimo dolore: massimo score = 15). Durante lo studio tutti i pazienti erano intubati e ventilati; tutti ricevevano analgesia-sedazione. GLASGOW score era inferiore a 10 e RAMSAY score superiore a 4 (sedation). Per ogni paziente, durante le 24 ore, la DPS è stata misurata da 3 infermieri in 3 situazioni: a riposo, durante procedure leggermente dolorose e più dolorose. Le analisi statistiche sono state eseguite con appropriate tests (non-parametrici).

Risultati: Usando la DPS, le valutazioni erano significativamente differenti tra riposo, e situazioni di procedura poco dolorosa e più dolorosa ($P < 0,001$, Wilcoxon). La sedazione, misurata con RAMSAY scale, non differiva significativamente nelle 3 situazioni. I nostri risultati sono stati discussi.

Conclusioni: attraverso l'uso della DPS in T.I., il dolore può essere specificatamente accertato indipendentemente dalla sedazione nei pazienti che non sono in grado di esprimere verbalmente o con segni la loro sensazione dolorosa. La SOS Dolousi è adesso routinariamente usata in T.I e rappresenta uno strumento di sviluppo per nuovi protocolli di analgesia per i pazienti che non comunicano.

Pensiamo che questo lavoro sia in linea con il dibattito presente sulla migliore gestione del dolore e della sedazione da parte degli infermieri di Area Critica ed anche con la necessità di validare strumenti per guidare all'analgesia in ogni pratica quotidiana.

165

Validazione delle scale comportamentali del dolore nei pazienti che possono o non possono parlare

Validation of behavioral pain scales in verbal and non-verbal patients

Eleni Kletsou^{1,3}, Mpouzika M^{2,3}, Papathanassoglou EDE³

¹University Hospital of Athens "Attikon", CCU, ²General Hospital "G.Gennimatas", ICU, ³University of Athens, School of Nursing, Atene, Grecia. Email: ekletsou@yahoo.com

Scopo: La gestione del dolore è uno dei problemi più complessi in terapia intensiva, maggiormente determinato dalle limitazioni nella valutazione del dolore. Nei pazienti che non comunicano, il dolore deve essere valutato attraverso l'uso di scale comportamentali. Questo studio esplora l'applicabilità, l'attendibilità e la validità della versione greca di due scale comportamentali per la valutazione del dolore (Payen 2001, Puntillo 1997) sia nei pazienti di terapia intensiva verbali e non-verbali.

Metodi: Le scale di valutazione sono state tradotte, ri-tradotte e valutate da un panel di esperti. Un campione di convenienza di 24 pazienti di terapia intensiva coronarica e di 36 pazienti critici intubati, fu seguito per tre giorni complessivi. La validità fu esplorata attraverso l'associazione tra la scala visiva analogica (VAS), la quale fu somministrata a pazienti quando in grado di riportare il dolore, e agli infermieri. L'attendibilità con test-retest e inter-rater reliability sono state valutate su un campione di convenienza di 10 infermiere di area critica.

Risultati: Fu rilevata una forte correlazione positiva tra i punteggi infermieristici alla scala di Puntillo (1997) e i punteggi dei pazienti ($r=0.6-0.92$, $p < 0.002$), come nei punteggi infermieristici con la VAS ($r=0.57-0.66$, $p < 0.003$). Inoltre, una consistente associazione fu osservata con i punteggi infermieristici alla scala di Payen (2001) ($r=0.57-0.85$, $p < 0.004$). Nei pazienti dell'unità coronarica ci fu una forte associazione tra i punteggi della

scala di Payen e i punteggi della VAS ($r=0.67$, $p<0.0001$), come per i punteggi infermieristici con la VAS ($r=0.67$, $p=0.000$). Comunque, nei pazienti intubati, una forte associazione positiva fu trovata solo tra i punteggi della scala di Payen ed i punteggi infermieristici con la VAS ($r=0.85$, $p<0.0001$). L'attendibilità test-retest ($r=0.93$) e l'inter-rater reliability ($r=0.81$, McNemar test $p>0.1$) furono adeguati.

Conclusioni: Le scale comportamentali possono essere degli utili strumenti nei pazienti verbali e non verbali in terapia intensiva, fino a che dimostrano una forte associazione con i valori di intensità di dolore riportati dai pazienti stessi. La versione greca dei due dei due strumenti appare attendibile e valida.

230

Valutazione del dolore nei pazienti con deterioramento cognitivo: cosa ne dice il sistema Zurigo di rilevazione osservazionale del dolore?

Pain Assessment in cognitively impaired patients: how about the Zurich Observation Pain Assessment?

Irmela Gnass, Erika Sirsch

University of Witten/Herdecke, Institute of Nursing Science, Witten, F.R. Germania

Email: irmela.gnass@uni-wh.de

Scopo: La misurazione del dolore in pazienti con deterioramento cognitivo è ancora un problema comune. Molti pazienti neurologici, pazienti con limitate capacità di comunicazione e gravemente malati sotto sedazione e/o ventilazione meccanica non possono esprimere il loro dolore verbalmente. Lo scopo di questo studio è testare il Zurich Observation Pain Assessment (ZOPA[®]).

Obiettivi: Testare lo strumento unendo i dati e valutare la validità del suo concetto.

L'ipotesi è che, se il dolore viene misurato con ZOPA, il numero dei dati funzionali deve diminuire dopo gli interventi di sollievo dal dolore.

Metodi: Tramite una revisione delle ricerche internazionali, impiegando database conosciuti comunemente, sono stati ricercati gli ulteriori sviluppi di studio sugli strumenti di valutazione. Lo studio presente è indicato come descrittivo/esplorativo. Lo ZOPA[®] è uno strumento che osserva il dolore dal comportamento dei pazienti con deterioramento cognitivo. Lo strumento contiene 32 dati suddivisi in 4 categorie. Un ospedale svizzero si è offerto volontario di metterlo in opera includendo pazienti di vari reparti. Tutti i pazienti con deterioramento cognitivo sono serviti da campione. La Commissione Etica del Cantone di Zurigo ha approvato la conduzione dello studio.

Risultati: In tutto 557 valutazioni del dolore erano applicabili per l'analisi dei dati del punto a), mentre l'88% di queste aveva ≤ 5 caratteristiche comportamentali. La combinazione delle caratteristiche comportamentali differiva evidentemente tra i pazienti ventilati e quelli non ventilati. Riguardo al punto b) 644 valutazioni del dolore sono state rilevanti. 249 di queste sono state distribuite in due tempi, principalmente prima e secondariamente dopo il sollievo dal dolore. Il 73,3% delle valutazioni mostrava una diminuzione a zero caratteristiche comportamentali al secondo tempo di valutazione ($p<0,001$). Si può dichiarare che questa versione del ZOPA[®] dimostrata valida.

Conclusioni: La caratteristiche comportamentali degli strumenti attuali può essere ridotto approssimativamente al 50%. Gli infermieri considerano ZOPA[®] come un utile valutazione del dolore e questo può essere riflesso nell'assistenza futura e nella cura del paziente. Il nuovo ZOPA[®] messo a punto necessita chiaramente di più ricerche per essere di beneficio alla salute dei pazienti.

Bibliografia:

1. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2005)
2. Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege Fachhochschule Osnabrück
3. Herr, K, Bjoro K, Decker S. (2006) Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: A state-of-the-science review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31, 170-192.
4. Jeitzinger M, Schwendimann R. (2005) Schmerzerfassung bei sedierten und maschinell beatmeten Patienten und Patientinnen. *Pflege*, (19) Dezember S. 335-344

067

Valutazione dell'interruzione della sedazione durante il giorno nei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica nelle terapie intensive per adulti ed il suo impatto sugli outcomes dei pazienti

An evaluation of daily sedation vacation in mechanically ventilated patients within the adult intensive care milieu and its impact on patient outcomes

Jenni Templeman

Macclesfield Hospital, Macclesfield, Gran Bretagna.

Lo scopo dello studio era valutare la pratica della pausa giornaliera della sedazione in rapporto ai giorni di ventilazione meccanica, alla durata della degenza in terapia intensiva e il suo impatto sugli outcome dei pazienti. Venne valutato anche il costo della terapia per la sedazione.

Nel 2003 è stato condotto uno studio pilota comparativo, retrospettivo su partecipanti di terapia intensiva di livello III con un gruppo di $n=20$ (prima dell'introduzione della pratica di sedazione quotidiana) e nel 2006 un gruppo di $n=20$ (dopo l'introduzione della pratica di pausa quotidiana). Lo studio ha adottato un disegno di audit clinico con un servizio di miglioramento e rappresenta parte del completamento di un diploma di master. I dati furono recuperati dal database del ICNRC (Intensive Care National Audit and Research Council) e dalle note di casi clinici. Partecipanti dei due gruppi furono accoppiati sulla base della diagnosi di ingresso. L'età del paziente, lo score di APACHE II, la durata della ventilazione e della degenza furono analizzati attraverso il test U Mann-Whitney utilizzando il software SPSS. La media della durata della ventilazione meccanica era 14.35 giorni nel gruppo del 2006 versus 26.65 giorni nel gruppo del 2003 ($p=0.001$). La media della durata della degenza in terapia intensiva era stata di 14.5 giorni nel gruppo del 2006 versus 26.5 giorni nel gruppo del

2003 (p=0.001). La durata della ventilazione diminuì di 12.3 giorni e la durata della degenza in terapia intensiva diminuì di 12 giorni nel gruppo del 2006 rispettivamente. Ci fu anche una riduzione nel costo della terapia per la sedazione nel gruppo del 2006 di 3,862.00 sterline. Nei pazienti adulti in ICU, la pratica di pausa giornaliera dalla sedazione migliora gli outcome del paziente diminuendo la durata dei giorni di ventilazione meccanica, la durata della degenza, la terapia sedativa e i costi di terapia intensiva.

Bibliografia:

1. Kress JP, Pohlman AS, O'Conner MF, Hall JB. (2000) Daily Interruption of Sedative Infusions in Critically Ill Patients Undergoing Mechanical Ventilation. *New England Journal of Medicine*. Volume 342, 1471-1477. Butterworth Heinemann: Oxford.
2. Schweickert WD, Gehlbach BK, Pohlman AS, Hall JB, Kress JP. (2004) Daily interruption of sedative infusions and complications of critical illness in mechanically ventilated patients. *Critical Care Medicine*. Volume 32, No. 6, 1272-1276.

185

Validazione prospettica della scala del dolore di Manchester per la valutazione del dolore nei dipartimenti di emergenza

Perspective validation of Manchester Pain Ruler for pain evaluation in Emergency Department

Enrico Lumini, C. Bandinelli, G. Piccini, G. Neri

Firenze, Italia. Email: e.lumini@tin.it

Scopo: La valutazione del dolore ed una sua accurata documentazione sono stati identificati come componenti importanti dell'assistenza infermieristica all'interno del dipartimento di emergenza (DEA). Precedenti lavori hanno dimostrato che non esiste uno strumento universale per la valutazione del dolore. Il Manchester Pain Ruler (MPR) è stato specificatamente creato per la valutazione del dolore in DEA. Lo scopo di questo studio è quello di valutare la validità e la affidabilità del MPR paragonata allo standard di riferimento della scala analogica visiva (VAS) in DEA.

Metodi: E' stato condotto uno studio prospettico su un campione di convenienza di 132 pazienti in un DEA cittadino di 1° livello. Tutto il personale infermieristico è stato preventivamente addestrato alla somministrazione di entrambe le scale. L'intensità del dolore è stata valutata con entrambi gli strumenti durante il processo di Triage, dopo la somministrazione di farmaci ed al termine della permanenza del paziente in DEA. L'affidabilità dello strumento è stata valutata confrontando i valori medi tramite il T test per variabili non appaiate. La validità è stata valutata calcolando il coefficiente di correlazione di Spearman e con l'analisi dei valori medi con il T test per variabili accoppiate.

Risultati: Le valutazioni del dolore con i due differenti strumenti non hanno differito in maniera significativa benchè si osservi una tendenza alla rilevazione di valori più bassi, per intensità di dolore lieve, utilizzando il MPR. La correlazione e la concordanza tra la VAS e il MPR è stata elevata (r +0,92; IC95% +0,89 to +0,96).

Conclusioni: Nonostante i limiti dello studio (dimensione del campione, perdita di dati alle valutazioni successive del dolore) è possibile concludere che il MPR sembra uno strumento valido ed affidabile. Con entrambi gli strumenti è possibile identificare il livello di dolore, la risposta ai trattamenti o l'evoluzione naturale del dolore. Sono necessari ulteriori studi per confermare questi dati e per chiarire se il MPR possa essere utilizzato quotidianamente per la valutazione del dolore in DEA.

Bibliografia:

1. Todd KH. Pain assessment instruments for use in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am*. 2005 May;23(2):285-95.
2. Lyon MB Fiona et al. The convergent validity of the Manchester pain scale *Emergency Nurse* vol. 13, 2005
3. De Miguel-Yanes JM, Andueza-Lillo JA, González-Ramallo VJ, Pastor L, Muñoz J. Failure to implement evidence-based clinical guidelines for sepsis at the ED. *Am J Emerg Med*. 2006 Sep;24(5):553-9.
4. Thompson P, Angus NJ, Scott J. Building a framework for getting evidence into critical care education and practice. *Intens Crit Care Nurs* 2000;16:164—74.

SESSION 22 ADVANCING EMERGENCY CARE ASSISTENZA AVANZATA IN EMERGENZA

102

Pronto soccorso e Triage: un'esperienza psicologica di aiuto

Emergency Room and Triage: a psychological help experience

Marisa Maglio, Antonella Gaston

ULSS 7 Presidio Ospedaliero De Gironcoli, Conegliano, Italia. Email: antonella.gaston@ulss7.it

L'intervento psicologico in Pronto Soccorso si propone come una iniziativa sperimentale e rappresenta una risposta fondata su una cultura attenta ai bisogni dell'uomo. Nell'attività nell'emergenza-urgenza intervengono diverse variabili relative sia al paziente che all'operatore (problematiche organizzativo-strutturali e psicologico-relazionali).

Gli scopi di questo lavoro sono:

- Contribuire all'umanizzazione del Pronto Soccorso con la presa in carico della persona nella sua globalità, stimolando in essa una ridefinizione della condizione di bisogno e l'assunzione di un ruolo attivo nel percorso terapeutico;
- Permettere una più agevole gestione dei familiari favorendo la mobilitazione delle risorse parentali come ulteriore elemento di successo terapeutico;
- Offrire un punto di appoggio per l'intera équipe di Pronto Soccorso, consentendo la condivisione e l'elaborazione delle esperienze emotive vissute e favorendo una migliore comunicazione.

Il lavoro si divide in:

FASE I – tre mesi –

Viene fatto uno studio della realtà del Pronto Soccorso di Conegliano e Vittorio Veneto (TV) attraverso la somministrazione di due diversi questionari: uno agli utenti per raccogliere informazioni sul grado di conoscenza relativamente al Pronto Soccorso e il grado di soddisfazione; l'altro al personale medico e infermieristico (Health Professions Stress and Coping Scale).

FASE II – due anni –

Viene attuato un percorso formativo-psicologico per tutto il personale sanitario sui seguenti temi: stress e rischio di burn-out; la gestione dell'informazione e della comunicazione; la comunicazione all'interno dell'équipe; le emozioni dell'équipe curante; analisi delle dinamiche presenti all'interno del team. Lo psicologo sarà coinvolto nell'intervento sul paziente solo su richiesta di consulenza da parte del medico.

FASE III – tre mesi –

Consiste nella ri-somministrazione dei questionari iniziali. L'analisi dei risultati porterà ad una valutazione della significatività del percorso degli operatori e della percezione degli utenti sulla qualità del servizio. Tutto questo per confermare come l'intervento psicologico in Pronto Soccorso sia di fondamentale importanza e per i pazienti e per il personale sanitario.

Bibliografia:

1. Trabucco G, Buonocore F. Pronto Soccorso e Triage. Accoglienza, assicurazione, cura, aspettative, vissuti psicologici, bisogni. Edizioni Libreria Cortina Verona, 2007.

129

Verifica della conoscenza ed applicazione della contenzione fisica, da parte degli infermieri di pronto soccorso e unità di terapia intensiva

The examination of the knowledge and application of nurses in emergency room and intensive care units about the physical restraint

Serdar Saritas, Nadiye Özer, Zeynep Karaman Özlü

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tokat Sağlık Yüksekokulu Taşlıçiftlik Tokat, Turchia.

Email: serdarsaritas44@hotmail.com

Scopo: Verificare la conoscenza e l'applicazione, da parte degli infermieri di pronto soccorso e unità di terapia intensiva (ICU), della contenzione fisica.

Metodo: Un progetto di studio descrittivo fu condotto in un ospedale universitario tra ottobre 2007 e febbraio 2008. Furono selezionati come campione di convenienza 34 infermieri in servizio presso il pronto soccorso e la terapia intensiva a conoscenza della loro partecipazione alla ricerca. In un'unica data fu somministrato un questionario che consisteva in risposte chiuse che valutavano le conoscenze rispetto al processo di contenzione fisica e domande a risposta aperta per valutare il processo di applicazione. I dati furono valutati con un test descrittivo.

Risultati: Fu determinato che il 50% (n=17) degli infermieri era laureato, il 61.7% lavorava come infermiere in ICU da oltre 1 anno, il 32.4% (n=11) lavorava in pronto soccorso, l'85.3% aveva conoscenza del processo di contenzione fisica e lo aveva applicato ai pazienti per diversi scopi. Il 94.1% (n=32) esprimeva di credere nella necessità del processo di contenzione fisica ed il 36.5% credeva che la contenzione fisica potesse essere applicata ininterrottamente per 24 ore. Solo l'8.8% riferiva di registrare/annotare il processo di contenzione fisica. Il 94.1% (n=32) dichiarava che i pazienti agitati necessitavano di contenzione fisica; l'88.2% (n=30) esprimeva che la comunicazione terapeutica potesse essere usata come alternativa alla contenzione fisica.; il 76.5% (n=26) riferiva di utilizzare la contenzione fisica per prevenire le cadute dal letto dei pazienti; il 47.1% (n=16) affermava di applicare la contenzione fisica a tutte e quattro le estremità contemporaneamente; il 58.8% esprimeva la presenza di edema come complicazione delle estremità in cui veniva applicata la contenzione.

Conclusioni: Malgrado complicazioni quali edema e cianosi, la contenzione fisica è un metodo spesso utilizzato dagli infermieri che la ritengono necessaria per provvedere alla sicurezza dei pazienti in pronto soccorso ed ICU.

Bibliografia:

1. Choi E, Song M. (2003) Physical restraint use in a Korean ICU. *Journal of Clinical Nursing* 12:651-659.
2. Myers H, Nikolett S, Hill A (2001) Nurses' use of restraints and their attitudes toward restraint use and the elderly in an acute care setting. *Nursing and Health Sciences* 3, 29-34.

208

Studio descrittivo delle conoscenze e dei comportamenti di medici ed infermieri del dipartimento di emergenza riguardo all'uso di sostanze ed i consumatori di sostanze

A descriptive study on Emergency Department doctors' and nurses' knowledge and attitudes regarding substance use and substance users

Sean Kelleher RGN, BSc, PDCCN, MSc, Mr. Patrick Cotter RGN, RM, BSc, PDAEN, MSc
School of Nursing & Midwifery, University College Cork, Irlanda. Email: s.kelleher@ucc.ie

Contesto: I professionisti sanitari che operano nei servizi di emergenza in Irlanda sono spesso esposti a pazienti con problemi legati all'uso delle sostanze e sono in posizione ideale per fornire la diagnosi precoce e il trattamento. Le conoscenze e gli atteggiamenti dei professionisti della salute, in materia di uso e di abuso di sostanze da parte degli utenti, possono comunque influenzare negativamente la cura che questi pazienti devono ricevere.

Obiettivo: L'obiettivo di questo studio è stato quello di determinare se le conoscenze e l'atteggiamento di medici e infermieri del dipartimento di emergenza per quanto riguarda l'uso e l'abuso di sostanze può essere un problema nella cura.

Metodi: I dati sono stati raccolti utilizzando un questionario di indagine adattato, che si è basato sul fabbisogno di formazione dei lavoratori della comunità di salute mentale nella gestione di pazienti con abuso di alcol e altre droghe in Australia di Chappel et al. "Substance Abuse Attitude Survey (SAAS) del 1985. Attraverso un campione di convenienza tutti i medici e gli infermieri (N = 145) che lavoravano nei dipartimenti di emergenza di 3 ospedali universitari in Irlanda, sono stati invitati a compilare il questionario sulle conoscenze e gli atteggiamenti.

Risultati: È stato raggiunto un tasso di risposta del 46%, n = 66. I risultati indicano che nei partecipanti l'attuale livello di conoscenza di alcol e abuso di droga in generale, è soddisfacente. C'è un deficit di conoscenza particolare in relazione alle strategie di intervento relative alle altre sostanze. La maggior parte dei medici e infermieri dei dipartimenti di emergenza che hanno partecipato a questo studio non hanno ricevuto alcuna formazione specifica in materia di alcol e altre droghe. La maggioranza degli intervistati ha suggerito che i pazienti che utilizzano le sostanze sono gestiti in modo inadeguato. I risultati del SAAS indicano che i medici e gli infermieri che lavorano in servizi di emergenza hanno degli atteggiamenti quasi ottimali in tutti i sottogruppi ad eccezione di una "permissività" relativa al lavoro costruttivo dei pazienti nei confronti della sostanza.

Conclusione: Vi è un urgente bisogno di ulteriore formazione nei servizi, programmi e lo sviluppo di protocolli standard / linee guida per la gestione del ritiro della sostanza e della disintossicazione oltre che di dotare i professionisti del dipartimento di emergenza sanitaria di strumenti per individuare e gestire adeguatamente i pazienti utilizzando anche le sostanze presenti nel dipartimento di emergenza.

Bibliografia:

1. Chappel J, Veach T, and Krug, R 1985 The Substance Abuse attitude survey: an instrument for measuring attitudes. *Journal of studies on Alcohol* 46, 10: 48-52

166

Analisi e valutazione economica di alcuni percorsi diagnostico terapeutici

Analysis and economic evaluation of certain diagnostic therapeutic pathways

Bruna Giugno, M.R. Cane, S. Cerrato, M. Corona, G. Carbone

Italia. Email bruna.giugno@h-gradenigo.it

Premessa: L'Italia possiede un sistema di pagamento ospedaliero denominato DRG, caratterizzato da un budget fisso che incorpora due elementi:

1. il pagamento delle cure di pazienti ;
2. il pagamento di tutti i servizi che comprendono emergenza, prevenzione, servizi sociali e gestione dei pazienti cronici.

Le tariffe di pagamento dei DRG sono fissate a livello nazionale per 500 diversi codici. Come accade in diversi altri Paesi, il risvolto economico ha un impatto modesto sulle scelte che vengono effettuate in materia di assistenza sanitaria, e pochissimi studi sono stati portati avanti per analizzare come invece la valutazione dell'aspetto economico possa influenzare tali scelte.

Obiettivo: valutare l'analisi dell'impatto economico ed il relativo utilizzo nelle scelte riguardanti i pazienti critici ospedalizzati.

Metodo: Abbiamo studiato l'impatto economico nell'assistenza di pazienti critici aventi cod. DRG 475 (pazienti sottoposti a ventilazione meccanica invasiva con tubo endotracheale) ricoverati presso la Divisione di Medicina d'Urgenza del nostro Presidio, durante l'anno 2006, in seguito a insufficienza respiratoria acuta.

Risultato: 15 pazienti su 137 ricoverati in Medicina d'Urgenza appartenevano al DRG 475. Il costo è stato di 7692 euro per ciascun paziente. Il carico finanziario per l'ospedale ha raggiunto il picco in 1^a e 5^a giornata di ricovero (quando il paziente è stato rispettivamente intubato ed estubato).

La ripartizione dei costi mostra che la fetta più rilevante delle spese è da attribuirsi alle attività di assistenza infermieristica (1997 euro su un totale di 7692 euro).

Conclusioni: La valutazione dell'impatto economico nell'assistenza sanitaria ai pazienti acuti può consentire di razionalizzare l'uso delle risorse ospedaliere; il ruolo dell'infermiere è essenziale nell'assistenza di pazienti che necessitano di intubazione tracheale e ventilazione meccanica; il beneficio economico derivante da una riduzione dei tempi di intubazione endotracheale e relativo svezzamento dalla ventilazione meccanica grazie ad un'alta qualità dell'assistenza infermieristica.

SESSION 23 COMMUNICATION IN THE ICU LA COMUNICAZIONE IN TERAPIA INTENSIVA

132

L'impatto del counselling infermieristico nel benessere mentale del paziente in attesa di trapianto di cuore: disegno di uno studio prospettico randomizzato

Impact of nurse counseling on mental well-being of heart transplant recipients: design of a prospective randomized study

Luana Gattafoni, G. Canu, F. Grigioni, P. Paganelli.

Azienda Ospedaliera-Universitaria S.Orsola-Malpighi di Bologna, Italia. Email: luanagattafoni@virgilio.it

Background: I pazienti trapiantati di cuore (HT) sono caratterizzati da una elevata prevalenza di disordini psichiatrici che alla fine influenzano il benessere mentale e la compliance.

Gli Infermieri, coinvolti nel programma HT, contribuiscono attivamente all'educazione sanitaria dei pazienti, al fine di limitare il peso psicologico che contraddistingue le diverse fasi del HT.

Scopo: Nei pazienti HT, il nostro obiettivo è di confrontare l'effetto di due diverse strategie nell'educazione sanitaria sul benessere mentale.

Metodo: Abbiamo creato un gruppo di infermieri coinvolti nel programma del HT con l'obiettivo di progettare uno studio prospettico randomizzato confrontando due strategie di educazione sanitaria. I pazienti verranno randomizzati utilizzando la modalità 1:1.

Strategia 1: la prima strategia sarà basata sulla prassi attuale, contraddistinta dall'educazione sanitaria principalmente effettuata nel momento in cui vengono inseriti nella lista d'attesa al trapianto;

Strategia 2: la seconda strategia rappresenterà un'implementazione delle informazioni con una metodologia caratterizzata da un'istruzione ai pazienti al momento dell'inserimento nella lista d'attesa, più ulteriori informazioni al momento dell'intervento, e anche alla prima biopsia e coronarografia dopo l' HT.

Verranno trasmesse le informazioni riguardanti l'educazione sanitaria a tutti i pazienti coinvolti dagli infermieri nel programma HT.

Le condizioni mentali dei pazienti saranno valutate dalla auto-somministrazione di un questionario specifico:

1. al momento dell'inserimento nella lista o alla valutazione clinica prima dell' HT
2. al momento della procedura chirurgica
3. al momento della dimissione.

Il consenso informato verrà acquisito al momento dell'inserimento nella lista per l'HT o nella valutazione clinica pre-HT.

Criteri di inclusione: pazienti sequenziali sottoposti a HT di età compresa tra ≥ 18 anni.

Criteri di esclusione: trapianto multi-organo; rifiuto al consenso.

010

Desideri sentire cosa il paziente intubato sta dicendo?

Do you wish to hear what the intubated patient is saying?

Dorte Møller Hansen, Dorthe Jakobsen (DMJ)

Odense Universitets Hospital, Odense, Danimarca. Email: dorte.m.hansen@ouh.regionsyddanmark.dk

Contesto: Pazienti ricoverati in UTI intubati, sono incapaci di parlare a causa del tubo endotracheale.

Alcuni studi mostrano che i pazienti quando non riescono a comunicare verbalmente si sentono frustrati e ansiosi. Nella UTI dell'ospedale universitario di Odense, l'obiettivo è quello di non sedare questo tipo di pazienti come di routine. Ciò può significare che, durante la degenza in terapia intensiva, un numero elevato di questi pazienti hanno bisogno di utilizzare una comunicazione computer-assistita e ne possiedono le abilità.

Obiettivo: Studiare se la comunicazione "Roll Talk" può:

- essere usata dai pazienti non sedati ma intubati assistiti nelle UTI,
- supportare le comunicazioni dei pazienti per esprimere bisogni e necessità,
- supportare le loro comunicazioni con i familiari e lo staff sanitario.

Metodo: Studio prospettico, giugno-ottobre 2007. Pazienti e staff sono valutati attraverso la compilazione di questionari.

Risultati: 29 casi osservati. 13 pazienti furono in grado di partecipare alle comunicazioni di supporto. 12 tra i 13 risposero che le comunicazioni di supporto furono semplici nell'utilizzo. 12 tra i 13 risposero che il metodo aiutò la conversazione con i familiari e con il personale sanitario. 12 tra i 13 risposero che furono capaci di esprimere ciò che volevano usando questo tipo di comunicazione. 65% degli infermieri rispose che questo tipo di comunicazione facilitò i contatti con il paziente.

Limiti: La comunicazione di supporto può essere utilizzata da pazienti non sedati, intubati, critici in terapia intensiva. Coloro che hanno usato la comunicazione di supporto in questo studio, hanno espresso che hanno avuto beneficio da essa. Questo studio mostra che c'è una base per un ulteriore sviluppo del software nell'uso clinico per un miglior beneficio per il paziente.

Comunicazione tra il personale sanitario ed i pazienti ricoverati nelle unità di cure intensive*Communication between health care professionals and patients admitted to an intensive care unit.*Birgitte Tørring RN, MHH¹, Karin Kaasby RN, MLP² Birte Rasmussen RN Birte³¹University College Nordjylland; ²Anæsthesien Region Nordjylland; ³Anæsthesien Region Nordjylland, Danimarca. Email: bit@ucn.dk

Contesto: Quando i professionisti della salute parlano delle situazioni problematiche, dei loro dilemmi etici nella pratica, la comunicazione e la collaborazione molto spesso diventano importanti. Quando gli ex pazienti ospedalizzati parlano della loro permanenza, enfatizzano il significato delle loro relazioni e della comunicazione con i professionisti della salute. In questo progetto sono stati esaminati la comunicazione tra i professionisti della salute e i pazienti ospedalizzati in ICU nell'ospedale universitario di Aalborg (Danimarca).

Metodologia: Studi osservazionali e interviste mirate di gruppo viste da una prospettiva fenomenologica-ermeneutica.

Obiettivo: Indagare quale forma e che contenuto caratterizza la comunicazione tra i medici, gli infermieri e i pazienti nell'unità di terapia intensiva con uno sguardo ai cambiamenti qualitativi introdotti.

Risultato: La comunicazione ha luogo in un ambiente altamente tecnologico, che è non familiare ai pazienti, ma ben conosciuto ai professionisti della salute. Conversazioni tra il paziente e gli infermieri avvengono mentre l'infermiere espleta le sue attività. La comunicazione è caratterizzata da condizioni difficili dovute alla condizione fisica del paziente e alle sue capacità comunicative non verbali. I professionisti della salute parlano sempre ai pazienti di iniziative di presa in carico e trattamento: le risposte ai loro desideri avvengono attraverso una comunicazione atta a calmare, rassicurare e incoraggiare i pazienti con attenzione alla loro salute. Raramente gli infermieri parlano ai pazienti del loro futuro, non vogliono privare il paziente della speranza. Ciò è dovuto anche alla mancanza di conoscenza in merito al decorso della riabilitazione del paziente, alla sua tipologia e alla lunghezza. Raramente i medici parlano ai loro pazienti di possibili complicanze. Le difficoltà comunicative esistono e sono soprattutto dovute ai dilemmi etici tra l'autonomia del paziente e il desiderio dei professionisti della salute di proteggere il paziente.

Conclusione: Attraverso lo sviluppo di competenze comunicative, cambiamenti organizzativi e il coinvolgimento del punto di vista del paziente, la comunicazione tra i professionisti della salute e i pazienti in ICU possono essere riqualificate.

Indagine fenomenologica della relazione interpersonale tra infermiere e paziente in situazione critica*Phenomenological investigation of the interpersonal relationship between nurses and critically ill patients*Foteini Vouzavali¹, Karanikola M^{1,2}, Koutrouba³ A, Papathanassoglou EDE¹¹University of Athens, School of Nursing; ²Tzaniou Hospital, Pireaus; ³Children's Hospital "A. Kyriakou", Atene, Grecia. Email: fvouzav@gmail.com

Scopo: Gli infermieri di area critica forniscono assistenza a individui in fasi fondamentali della vita e della morte e intervengono sulle condizioni dei pazienti per ristrutturare l'omeostasi e la stabilità. L'obiettivo era quello di esplorare

- a) la percezione dell'infermiere sul significato della relazione interpersonale in pazienti critici e
- b) la percezione dell'infermiere su come la patologia grave influisca sulla loro personale esperienza, vita, personalità, valori e significati.

Metodo: È stato adottato un metodo qualitativo fenomenologico. Sono state raccolte descrizioni narrative e riflessioni sull'esperienza attraverso interviste fenomenologiche faccia a faccia con 12 infermieri di area critica, che hanno mostrato un livello di saturazione. Il processo di interpretazione di prova fu basato sul rivivere il fenomeno che sarebbe apparso insignificante e ordinario.

Risultati: La relazione tra infermieri di area critica e pazienti si è rilevato essere intenso e determinante sulla personalità e sull'attribuzione di molte cose vissute dell'infermiere. Fu osservata una ricchezza dei temi di interrelazione. Il core centrale "syncytium" assume un'analogia e questo tema ha illustrato la simultaneità costante e interazione reciproca tra infermiere e paziente. Altri temi con vari sottoargomenti includono:

1. relazione
2. empatia
3. percezione del ruolo
4. sviluppo personale
5. percezione del paziente.

Sono stati analizzati ermeneuticamente.

Conclusioni: Infermiere e paziente critico sono un duo dinamico con costante interazione. Gli infermieri appaiono prendere parte nell'intera vita dei loro pazienti, condividere esperienze e imparare da loro. I pazienti riempiono il tempo e lo spazio "vivo" dell'infermiere e creano uno settore nel quale gli infermieri sviluppano la loro identità e i loro significati. Attraverso questa interazione gli infermieri sviluppano una intensa e autentica relazione con i pazienti, evolvono esistenzialmente e stabiliscono un'autentica consapevolezza verso se stessi e gli altri.

SESSION 24 RESPONDING TO THE CRITICALLY ILL RISPONDERE AI MALATI CRITICI

115

Primo intervento in una chiamata d'emergenza: l'Italia studia il contenuto emotivo ed il punteggio di cooperazione (ECCS) associato al modello transazionale

First Aid Emergency Calls: Italy Tests the Emotional Content and Co-operation Score (ECCS) associated with Transactional Model

Gennaro Scialò, R. Alvaro, L. Macale, F. Germini, A. Sili, A. Stievano
Università Tor Vergata sede Ospedale SS. Trinità di Sora, Sora, Italia.
Email: gennaro.scialo@torvergatasora.it

Contesto: In Italia nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza territoriale la richiesta di soccorso arriva per via telefonica alla centrale operativa 118. La gestione della chiamata da parte del Dispatcher non contempla la variabile dello stato emozionale del chiamante perché si utilizza un processo di Dispatch rigido in quanto informatizzato. Questo impedisce di prevenire l'eventuale insorgenza della "Campfire Story Sindrome".

In questo caso il Dispatcher che risponde alla chiamata non ha una partecipazione distaccata con il chiamante in quanto entrambi tendono ad accentuare gli aspetti più entusiasmanti dell'accaduto sia in senso positivo che in senso negativo.

Scopo: Introdurre una metodologia di risposta alla chiamata che consenta una comunicazione efficace durante il contatto telefonico atta a prevenire la "Soglia Isterica". L'obiettivo è stato quello di valutare se lo score attribuito dall'operatore che utilizza questo metodo riduce gli errori di sovrastima o sottostima del codice di gravità attribuito mediante il Dispatch e se di conseguenza migliorano gli outcomes.

A tal fine è stato sperimentato un modello integrato che utilizza, per quello che riguarda la comunicazione verbale le tecniche di Analisi Transazionale⁽¹⁾ e per la valutazione dello stato emozionale l'Emotional Content and Co-operation Score⁽²⁾ (ECCS).

Risultati e Implicazioni: La sperimentazione è stata fatta presso una centrale operativa della regione Lazio nell'anno 2007. I risultati hanno dimostrato che l'applicazione del modello ECCS integrato con l'analisi transazionale determina un significativo miglioramento nell'attribuzione del codice di gravità e quindi degli outcomes. Questo permette una migliore gestione delle risorse e quindi una risposta più efficace del sistema di emergenza-urgenza territoriale.

Bibliografia:

1. Byers JF, Smyth KA. Application of a transactional model of stress and coping with critically ill patients. *Dimens Crit Care Nurs*. 1997 Nov-Dec;16(6):292-300.
2. Clawson JJ, Sinclair R. The emotional content and cooperation score in emergency medical dispatching. *Prehosp Emerg Care*. 2001 Jan-Mar;5(1):29-35.

100

Introduzione di un Team di medicina d'urgenza (MET) in un ospedale svedese

Introducing a Medical Emergency Team (MET) in a Swedish hospital

Lena Ottemark, RN, CCRN, Eva Joelsson-Alm, RN, CCRN, MSN
MIVA, Sodersjukhuset, Stoccolma, Svezia. Email: lana.ottemark@sodersjukhuset.se

Contesto: In ospedale le morti, in molti casi, sono prevedibili e prevenibili. Diversi studi hanno dimostrato che molti pazienti hanno delle anomalie nei segni vitali fino a 24 ore prima della morte inaspettata o arresto cardiaco. Il MET o equipe medica di emergenza è un metodo per facilitare il riconoscimento precoce e il trattamento delle condizioni di deterioramento dei parametri vitali.

Nel mese di aprile 2007 è stato introdotto un sistema MET nel Södersjukhuset, di Stoccolma, che ha compreso:

- a) Istruzione del personale in reparto per il riconoscimento precoce e il trattamento iniziale dei pazienti con gravi condizioni.
- b) Aumento dei monitoraggi dei segni vitali nei reparti e implementazione della scala Mews (Scala di riconoscimento rapido).
- c) Un MET, composto da un infermiere di terapia intensiva e un intensivista, che può essere chiamato 24 ore al giorno.
- d) Otto mesi dopo l'introduzione del MET è stata effettuata la somministrazione di un questionario per valutare i pareri del reparto ICU, del personale e le registrazioni delle chiamate del MET, e sono stati esaminati gli arresti cardiaci in ospedale e la mortalità.

Obiettivi: Permettere che pazienti gravemente malati ricevano un trattamento tempestivo e con il giusto livello di cura; aumentare la competenza del personale del reparto e la fiducia nella cura dei pazienti critici; ridurre il numero di morti evitabili in ospedale.

Risultati: il 75% dei pazienti potrebbero continuare ad essere trattati in reparto con il sostegno del MET; il 90% del personale ha ritenuto che il MET ha trattato i pazienti critici più velocemente ed efficacemente; l'82% delle infermiere di reparto ha riferito che un monitoraggio più attento ha significato che esse hanno un maggiore controllo dei loro pazienti e delle loro condizioni ed i pazienti si sentono più sicuri. Non vi è stata alcuna significativa riduzione del numero di arresti cardiaci o morti inaspettate nei reparti. Implicazioni: Gli Infermieri di terapia intensiva possono aumentare la sicurezza del paziente attraverso la diffusione della loro conoscenza del monitoraggio e del trattamento dei pazienti critici al di fuori ICU. Questo è stato realizzato attraverso la formazione del personale di reparto e prendendo parte al MET e sostenendo gli infermieri di reparto.

Sviluppo delle abilità comunicative per iniziare una pratica sicura per pazienti con patologie critiche: raccomandazioni per la valutazione del contesto (il sistema SBAR)

Developing communication skills to initiate safe practice for critically ill patients: Situation Background Assessment Recommendation (the SBAR tool)

Helen Cox*, Standing D, Albarran JW,

* University of the West of England, Bristol, Gran Bretagna. Email: helen3.cox@uwe.ac.uk

All'incirca 16 milioni di persone sono ammesse in ospedale ogni anno. Nonostante la maggior parte di questi pazienti abbiano un ricovero privo di avvenimenti importanti, circa il 10% prova un evento avverso durante l'ospedalizzazione. La gestione dei pazienti critici e i problemi inerenti nella pratica clinica sono stati ben documentati (NPSA 2007). Insuccessi nella comunicazione tra professionisti della salute sono considerati essere il fattore centrale che contribuisce ai fallimenti nell'erogare cure e negli spiacevoli eventi che riguardano i pazienti. (Haig et al, 2006). L'uso di tecniche di comunicazione strutturate è stato identificato come una soluzione per migliorare gli outcome di cura e la sicurezza dei pazienti. (Haig et al, 2006).

Il modello SBAR (Situazione, Contesto, Valutazione e Raccomandazione) è un approccio standardizzato di comunicazione che mira a supportare ed incrementare la condivisione di comunicazione e di informazioni tra i professionisti della salute. E' inoltre un quadro di istruzioni efficace che rende possibile la comunicazione di informazioni soggettive, incluse opinioni, messe in relazione con richieste per consigli o interventi specifici. (Hohenhaus 2006). Questa tecnica è stata ampiamente usata dall'industria dell'aviazione e dai militari dove una comunicazione succinta ed efficace è della massima importanza in situazioni critiche (referenza).

Gli studi sull'uso dello strumento SBAR sono limitati ma abbiamo una diminuzione eccezionale negli eventi avversi con incremento della fiducia tra lo staff infermieristico quando usano lo SBAR per comunicare nelle situazioni critiche (Carroll 2006 Haig et al, 2006).

Scopi e obiettivi:

- Rispondere alle iniziative per un paziente più sicuro (Institute for Health Improvement 2007)
- Promuovere il lavoro collaborativo nella pratica clinica
- Intraprendere una valutazione di servizio che segue la preparazione e l'introduzione di una nuova strategia comunicativa nella responsabilità.

Sono stati inviati a tutto lo staff sanitario che ha frequentato sessioni di preparazione in due aree di responsabilità, un totale di 221 questionari. Le risposte sono ancora in via di comparazione e sottoposte all'analisi dei dati. Tutto ciò sarà completato prima della presentazione. La percentuale dei questionari in corso di restituzione è del 20%. Saranno anche condotte interviste mirate di gruppo per indagare sull'impatto dello strumento comunicativo SBAR nella pratica clinica.

Da prendere in considerazione una successiva analisi dei dati.

Bibliografia:

1. Carroll (2006) SBAR and Nurse Physician Communication: Pilot testing an Educational Intervention. *Nursing Administration Quarterly*. 30(3) 295-299.
2. Haig, K. Sutton, S. Whittington, J. (2006) SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians. *Journal on Quality and Patient Safety*. 32(3) 167-175
3. Hohenhaus S (2006) Enhancing Patient Safety During Hand offs. *American Journal of Nursing* 106 (8) 72a-73c.

Una valutazione realistica dei sistemi di individuazione dei problemi e relativo intervento e dell'addestramento per le cure immediate finalizzati al riconoscimento precoce e trattamento dei pazienti in fase di peggioramento clinico ricoverati: protocollo di ricerca

A realistic evaluation of track and trigger systems and acute care training for early recognition and treatment of deteriorating ward-based patients: research protocol

Jennifer McGaughey, PhD student¹, Bronagh Blackwood, Lecturer¹, Peter O'Halloran, Lecturer¹, Sam Porter, Professor of Nursing¹, John Trinder, Consultant Anaesthetist²,

¹Queen's University of Belfast, Belfast, Northern Ireland; ²South Eastern Health & Social Care Trust, Dundonald, Irlanda del Nord. Email: j.mcgaughey@qub.ac.uk

Finora esistono scarse prove dell'efficacia delle iniziative di assistenza in fase acuta (sistemi di allarme precoce, formazione per l'assistenza al paziente acuto, azione diretta) che riduca il numero di eventi avversi (arresto cardiaco, morte, ingresso inatteso in Terapia Intensiva) attraverso un più immediato riconoscimento e gestione del peggioramento clinico dei pazienti nei reparti ospedalieri.

Le ragioni sono da individuare nel fatto che la ricerca era precedentemente basata sulla misurazione degli outcome dei pazienti seguita dall'implementazione di un intervento o un programma. Tale ricerca non considerava quei fattori sociali (l'organizzazione, le persone, le influenze esterne) che possono pertanto aver intaccato il processo di implementazione e su questo aver parametrizzato i punti di uscita. Lo scopo dello studio è di valutare i fattori che permettono o costringono l'implementazione e l'erogazione dei servizi dei sistemi di allarme precoce o della formazione per l'assistenza del paziente acuto nella pratica clinica.

Il progetto è basato su di un *multiple case study* di quattro reparti generali in due ospedali per acuzie dove sono stati attuati i Sistemi di Allarme Precoce (EWS) e il corso di Riconoscimento e Trattamento degli Eventi Acuti che minacciano la vita (ALERT). Vari metodi sono stati utilizzati per raccogliere i dati riguardo le capacità individuali, di relazione interpersonale e di padronanza di sé allo scopo di comprendere il processo degli outcome, intenzionali e non intenzionali, e di implementare la pratica di EWS e ALERT. Queste informazioni sono state raccolte durante interviste sia individuali sia di gruppi focus con partecipanti chiave, attraverso

l'osservazione fuori dal campo dell'organizzazione del reparto e della struttura, attraverso il monitoraggio dei diagrammi dell'EWS e dei dati medici dei pazienti che sono peggiorati durante il periodo di studio.

Il monitoraggio dei diagrammi dell'EWS e dei dati medici si è reso necessario al fine di accertare l'effettiva applicazione dei principi di ALERT.

Questo studio è cominciato nel gennaio del 2007. E' stata concessa l'approvazione etica e la raccolta dei dati è in corso con interviste condotte da persone-chiave di fiducia. I risultati di questo studio forniranno alcuni parametri ai dirigenti per prendere decisioni consapevoli per una pianificazione strategica e organizzativa degli interventi per migliorare il livello di assistenza erogata in ospedale ai pazienti critici adulti.

Bibliografia:

1. Esmonde L, McDonnell A, Ball C, Waskett C, Morgan R, Rashidain A et al. Investigating the effectiveness of Critical Care Outreach Services: A systematic review. *Intensive Care Medicine* 2006; 32: 1713-1721
2. McGaughey J, Alderdice F, Fowler R, Kapila A, Mayhew A, Moutray M. Outreach and Early Warning Systems for the prevention of Intensive Care admission and death of critically ill patients on general hospital wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. www.thecochranelibrary.com
3. Winters BD, Pham JC, Hunt EA, Guallar E, Berenholtz S, Pronovost PJ (2007) Rapid Response Systems: A systematic review. *Critical Care Medicine* 2007; 35 (5): 1238-43
4. Pawson R and Tilley N. *Realistic Evaluation*. London; Sage: 1997

239

Esperienze di parenti di malati in terapia intensiva: "Non dimenticatevi di noi"

Experiences of ICU patients' relatives in ICU: "Do not forget us"

Hatice Çiçek RN PhD, Celale Özcan RN PhD, Nuran Tosun RN PhD, Ayla Yava RN PhD
GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara, Turkey. Email: haticesutcu@yahoo.com

Scopo: Determinare le esperienze e le aspettative dei parenti dei pazienti ricoverati in ICU.

Metodo: Un progetto qualitativo e fenomenologico attraverso l'utilizzo di interviste semi strutturate somministrate tra il 1° Gennaio ed il 31 Marzo 2008 in quattro ICU del Gülhane Accademia Militare Medica (GMMA). I ricercatori intervistarono 16 parenti e 14 degenti ricoverati in ICU per un minimo di 3 giorni. Le interviste furono registrate con un registratore vocale. I dati ottenuti furono valutati con un approccio fenomenologico di analisi dei dati definito da Collaizzi.

Risultati: Come risultato dell'analisi dei dati, furono stabilite le seguenti 5 categorie: bisogni d'informazione, metodi di coping; comunicazione, ubicazione delle cure, feeling e atteggiamenti. Specialmente i ricoveri in ICU imprevisi ed acuti, diedero luogo a sentimenti intensi in cui i parenti frequentemente sperimentarono ansia, ambiguità e paura. Affermarono di non aver trovato limitazioni nello stare accanto al proprio parente, ma trovarono difficoltà nel ricevere informazioni adeguate sulla prognosi della malattia come pure risultò loro difficile giungere ai medici, mentre risultò più facile trovare gli infermieri. I parenti riferirono inoltre che le attitudini di preghiera, solidarietà, interesse e compassione degli infermieri erano utili nell'affrontare la situazione.

Conclusioni: Si concluse che c'erano alte aspettative nei confronti degli infermieri sull'informare e soddisfare i bisogni comunicativi dei parenti, sull'organizzare gli accessi in ICU, sull'utilizzare i contributi dei parenti per assistere e sullo sviluppo di metodi di risoluzione. Ciò suggerisce che l'infermiere accompagna il parente durante lo sgradevole processo dell'ICU, informando e provvedendo al supporto delle loro esigenze in un approccio olistico.



ABSTRACTS

PRESENTAZIONE POSTER

008

La condizione dei pazienti e le osservazioni infermieristiche prima di un ricovero non pianificato in terapia intensiva. Preparazione per l' introduzione di un team di emergenza medica

Patients condition and nursing observation before unplanned admission to intensive care unit. Preparation for introducing medical emergency team

Thorsteinn Jonsson, Alma Möller, Lovisa Baldursdottir.

Mosfellsær, Islanda. Email: thorsj@hi.is

Obiettivo: Lo scopo di questo studio è di esplorare e descrivere la condizione del paziente e l'osservazione infermieristica prima del ricovero non programmato all'unità operativa di terapia intensiva, focalizzando l'attenzione sulla preparazione per l'introduzione di un'équipe di emergenza medica.

Metodi: Questo è uno studio retrospettivo descrittivo composto di due parti. Anzitutto, sono stati raccolti dati da registrazioni di pazienti che sono stati ricoverati inaspettatamente nelle unità di terapia intensiva all'ospedale universitario di Landspítali tra il 1/10/2006 e il 31/12/2006. La seconda parte ha coinvolto interviste semi-strutturate con gli infermieri responsabili dei pazienti prima del ricovero non pianificato alle unità di terapia intensiva.

Risultati: I dati sono stati raccolti da 132 pazienti su un totale di 152 ricoveri non pianificati, che rappresenta una partecipazione di circa l'87%.

Molti dei ricoveri non pianificati si sono verificati nel turno serale, tra le 16:00 e le 24:00. La ragione più comune era l'insufficienza respiratoria, mentre la seconda era la sepsi.

Era impossibile calcolare il Punteggio di Attenzione Precoce Modificato (MEWS) basato su parametri fisiologici documentati prima dell'ammissione del paziente all'unità di terapia intensiva a causa della mancanza di dati. 13 pazienti (20%) presentavano una saturazione di ossigeno (SpO₂) minore del 90% e la frequenza respiratoria media del totale dei pazienti era di 30 atti al minuto.

La frequenza respiratoria è un buon indicatore per la condizione critica dei pazienti prima del loro ricovero all'unità di terapia intensiva, ma era allo stesso tempo il parametro meno osservato dagli infermieri in questo studio. La frequenza respiratoria è stata documentata per 9 (14%) pazienti prima del ricovero in terapia intensiva. La diuresi e il bilancio dei liquidi è stato calcolato approssimativamente nel 40% dei casi e il livello di coscienza per 31 pazienti (48%) prima del ricovero non programmato in terapia intensiva.

Conclusione: C'è la necessità di promuovere l'attenzione e l'educazione riguardo l'osservazione infermieristica, specialmente per implementare l'osservazione della frequenza respiratoria dei pazienti, poiché molti dei ricoveri non pianificati in terapia intensiva sono relativi a problemi respiratori.

Una strategia per promuovere l'osservazione infermieristica è di implementare il Punteggio di Attenzione Precoce Modificato (MEWS) alla pratica comune. Un'altra strategia per incentivare una cura adeguata del paziente è implementare una squadra medica d'emergenza.

009

Misurabile e controllato: il paziente dietro ai numeri

Measurable and supervised: the patient behind the numbers

Sofia Almerud, RNANIC, PhD, senior lecturer

Centre for Acute & Critical Care, School of Health Sciences & Social Work, Växjö University, Växjö, Svezia.

Email: sofia.almerud@vxu.se

Contesto: L'equipaggiamento e le procedure sviluppatasi durante i diversi decenni passati hanno reso la moderna terapia intensiva l'ambiente tecnologicamente più avanzato dell'ospedale. In termini di cura del paziente, queste tecnologie sono sinonimo di guadagni illimitati?

Obiettivo: Lo scopo è di sviluppare una base di conoscenze di cosa significhi essere criticamente malato o ferito e preso in cura negli ambienti tecnologicamente intensivi.

Metodi: Nove interviste non strutturate con pazienti fanno parte dei dati. Una prospettiva di vita mondiale ha guidato l'investigazione. L'analisi era fenomenologica.

Risultati: La contraddizione e l'ambivalenza ha caratterizzato l'intero episodio di cura. La paura della morte adombra tutto e penetra l'esistenza del paziente. Quattro elementi intercorrelati hanno delucidato ulteriormente le esperienze del paziente: il confronto con la morte, l'incontro con la dipendenza forzata, un ambiente incomprensibile e l'ambiguità di essere un oggetto di osservazione clinica ma invisibile a livello personale.

La trascuratezza di questi temi portava a "momenti" di alienazione che compromettevano la cura. Fisso alla fine di un'osservazione clinica "a un occhio solo", i pazienti hanno descritto di sentirsi marginalizzati, soggetti a rituali di potere, uno straniero curato da uno straniero. Il ruggito della tecnologia silenzia le necessità in movimento delle persone malate, smorza i respiri della morte e compromette la competenza dei caregivers.

Conclusione: Questo studio mette in discussione il sistema d'oggi di prendersi cura per sviluppare una doppia visione che vorrebbe bilanciare la competenza clinica con un approccio olistico, integrato e comprensivo.

Sotto questa visione, la soggettività e l'obiettività sarebbero onorate nella stessa misura, e i legami rotti forgiati nuovamente tra il "techne", l'"agire infermieristico" e la "poesis", l'"arte dell'infermieristica".

012

Relazione tra la variazione dei livelli di cortisolo e l'indice standard di lavoro nel turno degli infermieri di terapia intensiva

The relationship between cortisol levels change and the Standard Shiftwork Index of Intensive Care Unit nurses

A.St. Korompeli¹, Ch. Noussis², A. Amfilochiou², P. Sourtzi¹, Ch. Tzavara³

¹Faculty of Nursing, University of Athens; ²"Sismanogleio" General State Hospital of Athens; ³Centre for Health Services Research, School of Medicine, Università di Atene, Grecia. Email: annabeli76@yahoo.com

Obiettivo: l'obiettivo dello studio era di esaminare se i cambiamenti nel ritmo circadiano dei livelli di cortisolo sierico siano associati con le variabili dell'Indice Variabile del Turno di lavoro negli infermieri di terapia intensiva che lavoravano con un sistema di rotazione irregolare dei turni.

Metodi: l'indice SSI è stato somministrato a 24 infermieri (12 maschi e 12 femmine) di età media pari a 35,2 (SD=5.0) con un'esperienza lavorativa che va dai 3 ai 20 anni (9.0±4.3). I campioni di sangue sono stati prelevati dagli stessi infermieri all'inizio e alla fine di ogni turno. Sono stati raccolti un numero totale di sei campioni di sangue da ogni soggetto, due per ogni turno (mattina, pomeriggio e notte) misurando le concentrazioni di cortisolo sierico. Sono stati usati i coefficienti di controllo (r) di parziale correlazione per età e sesso per esplorare l'associazione tra le variazioni delle misurazioni di cortisolo e i punteggi nelle scale SSI.

Risultati: i punteggi delle scale SSI erano significativamente correlate con i coefficienti di correlazione che andavano da -0.65 (stress con soddisfazione lavorativa) a 0.49 (estroversione con soddisfazione lavorativa). Dopo aver eseguito un controllo per età e sesso, le variazioni nei livelli sierici di cortisolo erano positivamente correlate con gli anni di esperienza in turno (r=0,47, p=0,041). Una correlazione significativa è stata trovata tra il punteggio di soddisfazione lavorativa e i cambiamenti dei livelli di cortisolo tra l'inizio e la fine del turno. Non è stata trovata nessun'altra associazione statisticamente significativa tra le variabili SSI e i livelli di cortisolo.

Conclusione: i cambiamenti nei livelli di cortisolo sono probabilmente mediati da fattori relativi al lavoro che influenzano i turnisti, così come la soddisfazione del lavoro.

Bibliografia:

1. Barton J, Spelten E, Totterdell P, Smith L, Folkard S, Costa G. 1995, The Standard Shiftwork Index: a battery of questionnaires for assessing shiftwork-related problems. *Work & Stress* 9:1,4-30.
2. Van Cauter E, Leproult R, Kupfer DJ. (1996) Effects of gender and age on the levels and circadian rhythmicity of plasma cortisol. *J Clin Endocrinol Metab* 81:2468-2473
3. Hennig J, Kieferdorg P, Moritz C, Huwe S, Netter P. (1998) Changes in cortisol secretion during shiftwork: implications for tolerance to shiftwork? *Ergonomics* 41, 610-621.

013

Utilizzo di un meta-database come primo approccio alla ricerca delle evidenze scientifiche

The use of a meta-database as first approach to the search of scientific evidence

Giancarlo Galbiati

Ospedale di Bergamo, Bergamo, Italia. Email: galbia@inwind.it

Scopo: accertare se il primo approccio della ricerca delle evidenze scientifiche da un meta-database sanitario sia più efficace rispetto alla consultazione di singoli database e trovare i vantaggi e gli svantaggi delle due strategie.

Metodi: dopo aver analizzato le banche dati sanitarie principali (15 di linee guida, 4 di revisioni sistematiche, 3 di studi primari) con le modalità più diffuse di interrogazione e dopo aver studiato 4 meta-database (ricerca SUM, Prime Answer, Gateway e database TRIP) e aver verificato che il database TRIP è il più efficace, è stato fatto un confronto attraverso un'interrogazione identica tra meta-database e i singoli database.

Risultati: il risultato delle consultazioni è stato 204 per TRIP e 475 dal meta-database. Andando a stimare il senso di ogni singolo documento, tra i 204 del TRIP, 142 rispecchiavano bene le domande iniziali, mentre dei 475 documenti del singolo database soltanto 185 erano corretti.

Conclusione: sebbene il database TRIP presenti al ricercatore un numero inferiore di documenti, esso riporta risultati più vicini alle domande formulate. Per il ricercatore ciò si traduce in notevoli vantaggi sia per il minor tempo impiegato, sia per un'analisi più semplice dei documenti. La raccomandazione di iniziare la consultazione delle evidenze scientifiche da un meta-database (TRIP), risulta essere soddisfacente rispetto alla classica strategia della consultazione dei singoli database.

016

La pressione di riempimento dell'aria nella cuffia endotracheale aumenta durante anestesia generale con protossido d'azoto

The pressure in air-filled endotracheal cuffs increases in general anaesthesia with nitrous oxide

Talts Jaanika., Reintam Annika

Tallinn, Estonia. Email: siilike25@hotmail.com

Obiettivo: E' stato dimostrato [1, 2] che durante l'anestesia endotracheale la pressione della cuffia del tubo per intubazione può aumentare. Lo scopo del nostro studio era di ispezionare in quale misura l'uso del N₂O può aumentare la pressione della cuffia. Ci siamo anche proposti di chiarire se sia necessario monitorizzare in modo routinario la pressione della cuffia.

Metodi. Abbiamo studiato prospettivamente 47 pazienti che dovevano subire un'anestesia generale.

L'età media dei pazienti era di 50.2±18.3 anni, l'indice medio di massa corporea (BMI) 26.2±5.7. La cuffia era gonfiata ad una pressione di 20-30 cmH₂O. La pressione della cuffia da quel momento in poi veniva misurata con un manometro ogni 30 minuti.

Risultati. Abbiamo osservato un aumento significativo della pressione della cuffia tra la prima e la seconda misurazione (28.1 ± 1.2 a 4.3 ± 11.1 cmH₂O). Successivamente i cambiamenti nella pressione della cuffia non erano notevoli. Il BMI, l'età, la posizione del paziente e il tipo di intervento non hanno influenzato l'entità dell'aumento di pressione. In alcuni casi, quando la percentuale di N₂O era < 50% dell'aria inspirata, la pressione della cuffia aumentava significativamente in confronto ai pazienti che avevano inspirato N₂O pari al 50% o minore. ($p=0.021$).

Conclusione. L'uso del N₂O durante l'anestesia endotracheale esita in un aumento significativo della pressione della cuffia. L'aumento è più evidente nei casi in cui viene utilizzata una percentuale di N₂O superiore al 50%. Quindi sono necessarie regolari misurazioni della pressione per minimizzare il rischio di un trauma tracheale durante l'anestesia endotracheale.

023

Errori nelle terapie intensive: evidence based nursing e sicurezza dei pazienti

Errors in Intensive Care Unit: evidence based nursing and safety patients

Piergentili Federica¹, Giusti Gian Domenico²

¹S.Orsola Malpighi Policlinico, Bologna; ²Ospedale "S.M.Misericordia", Perugia, Italia

ANIARTI: Italian Critical Care Area Nursing Association. Email: fedep2003@libero.it ; giustigiando@libero.it

Contesto: L'errore umano ha contributi significativi a morbilità e mortalità nelle unità di terapia intensiva.

L'errore nella gestione della salute è spesso un argomento difficile. E' necessario identificare il sistema chiave circa la sicurezza del paziente che risulta, nell'identificazione delle soluzioni, apprendere dagli errori e implementare strategie di cura. Inoltre, è importante fornire dati sulla natura dei problemi di sicurezza e fornire indicazioni delle cause di questi problemi e le possibili soluzioni.

Obiettivi: Incidenti ed errori sono solitamente punti importanti circa la gestione del rischio, così come la complessa natura delle medicazioni e altri regimi di trattamento. Ci sono stati aspetti positivi rispetto al sistema stabilito, inclusa l'evidenza di cambiamenti positivi posti in essere come risultato di un processo di report, nuove iniziative per far sì che lo staff avesse un feedback, e l'evoluzione di un programma per riportare e discutere internamente gli incidenti.

Risultati e implicazioni: Gli effetti benefici del sistema di report degli incidenti e i cambiamenti consecutivi del sistema rispetto la comprensione delle relazioni tra gli errori, gli incidenti e gli accidenti, implementano la formazione dello staff e la produzione di linee guida unificate basate sulle evidenze che necessitano di una maggiore cura.

Le raccomandazioni per un cambiamento nella pratica devono basarsi su una buona informazione e non essere viste solamente come una risposta di "errore" rispetto agli incidenti avversi.

024

Uno strumento per la valutazione del dolore nei pazienti di terapia intensiva incoscienti o sedati: una revisione sistematica

A pain assessment tool for unconscious or sedated intensive care patients: a systematic review

Sanna-Mari Pudas-Tähkä¹, Anna Axelin², Riku Aantaa³, Vesa Lund⁴, Sanna Salanterä²

¹Satakunta Hospital District, University of Turku; ²University of Turku; ³the Turku University hospital; ⁴the Satakunta Central Hospital, Finlandia. Email: sanna-mari.pudas-tahka@satshp.fi

Scopo: lo scopo di questo studio era di descrivere gli strumenti utilizzati per l'accertamento del dolore in pazienti incoscienti o sedati nelle terapie intensive. Le domande principali della ricerca erano: (1) quali strumenti di accertamento del dolore sono sviluppati per i pazienti di terapia intensiva che non sono in grado di comunicare, (2) che tipo di indicatori fisiologici e comportamentali includono questi strumenti, e (3) quale tipo di proprietà psicometriche includono questi strumenti.

Metodi: è stata condotta una revisione bibliografica sistematica, basata su sette database, coprendo il periodo dal 1987 al 2007. Sono stati identificati un totale di 1586 abstract, sono stati selezionati 58 articoli per la revisione di full-text e 9 articoli sono stati inclusi nella revisione. Due ricerche hanno revisionato indipendentemente gli abstract e tre ricercatori hanno estratto gli articoli. I criteri utilizzati per l'astrazione dei dati per valutare gli strumenti di accertamento del dolore erano basati sullo strumento di accertamento della qualità.

Risultati: questa revisione sistematica ha rivelato cinque strumenti disponibili per pazienti di terapia intensiva adulti incoscienti o sedati. Tutti e cinque gli strumenti includevano indicatori comportamentali. Gli indicatori fisiologici venivano riconosciuti in tre strumenti: la Scala Comportamentale del Dolore (BPS) ha ricevuto i punteggi migliori, 12 su un massimo di 20, e successivamente lo strumento di osservazione del dolore in area critica (CPOT) e la scala di accertamento non verbale del dolore per adulti. I punteggi più bassi degli strumenti hanno dimostrato che tutti necessitano di ulteriore controllo/sperimentazione e conferma rispetto i vari aspetti delle loro proprietà psicometriche.

Conclusione: tutti gli strumenti erano ragionevolmente nuovi. In alcuni di essi, il test psicometrico era ad uno stadio primitivo o addirittura inesistente.

Prima che alcuno degli strumenti riportati possa essere considerato preferibile rispetto agli altri, è essenziale che venga testato ulteriormente per la validità, affidabilità e flessibilità.

Bibliografia:

1. Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. 2006. Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in adult patients. *American Journal of Critical Care* 15 (4), 420 – 427.
2. Odhner M, Wegman D, Freeland N, Steinmetz A, Ingersoll G. L. 2003. Assessing pain control in nonverbal critically ill adults. *Dimensions of Critical Care Nursing* 22 (6), 260 – 267.
3. Payen JF, Bru O, Bosson JL, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, Lavagne P, Jacquot C. 2001. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine* 29, 2258-2263.

025

Formazione degli infermieri di area critica in Serbia

Education of critical care nurses in Serbia

Gordana Dragosev, Goran Kukulj, Petar Mirkovic, Sofija Alijevic
Nis, Serbia. Email: dragosev@gmail.com

Un'adeguata formazione degli infermieri è di vitale importanza per la Serbia e la sua popolazione. L'educazione degli infermieri consiste in attività che servono a mantenere, sviluppare o espandere la conoscenza, conquiste professionali, schemi e relazioni che infermieri e tecnici usano per fornire servizi ai pazienti, alla comunità o alla professione e rappresenta una collezione di conoscenze e schemi che sono accettati dagli esperti all'interno di scienze biomediche di base, esperienza clinica e preparazione in ambito di salute.

L'associazione di infermieri di area critica in Serbia (UINARS) è l'unica di questo tipo in Serbia – giovane ma prospettiva e ambiziosa la cui sfera centrale di interesse è la promozione di tutti gli aspetti della professione infermieristica e tecnica con un accento speciale sulla terapia intensiva, anestesia e rianimazione.

Scopi dell'UINARS: sensibilizzare, informare e motivare infermieri e tecnici di area critica con un'educazione e un'esperienza professionale diversa, accettare e adottare una richiesta per un ampio spettro di interesse nella sfera della salute e superare una distribuzione collegata a differenti scopi, metodi e tecniche, per definire precisamente un dominio di queste attività e incarichi, per sviluppare una collaborazione orizzontale con la visuale di una qualità elevata, efficienza e piacere nel proprio lavoro, al fine di offrire una struttura comune di raccomandazione per un approccio multidisciplinare al lavoro, addestramento specifico, che coinvolge conoscenza contemporanea, schemi specifici adattabili così come un'attitudine costruttiva.

026

Indagine sul vissuto esperienziale dei pazienti ricoverati nelle terapie intensive ed i fattori che compromettono la guarigione

Examining the lived experiences of patients staying in the intensive care unit and the factors affecting recovery

Esra Akin Korhan, Yurdanur Demir, Ismet Eşer, Leyla Khorshid

Ege University, School of Nursing, Izmir, Turchia. Email: akinesra80@hotmail.com

Obiettivo: Questo studio è stato condotto per investigare sulle esperienze vissute dai pazienti ricoverati in terapia intensiva e i fattori che influenzavano il ricovero.

Metodi: Il campione dello studio descrittivo comprendeva 158 individui che stavano nelle terapie intensive delle chirurgie e unità internistiche in un ospedale universitario da almeno 24 ore e che accettavano di partecipare allo studio.

I dati sono stati raccolti utilizzando un modulo informativo con le caratteristiche sociodemografiche di coloro che partecipavano tra novembre 2007 e febbraio 2008, assieme a una scala di esperienza di terapia intensiva (ICES) che era stata sviluppata da Rattray et al. (2004) e adattata alla popolazione turca da Demir et al. nel 2007 verificandone l'affidabilità e validità.

Risultati: Dei pazienti inclusi nell'obiettivo di questo studio, l'età media era 56.50 ± 16.82 anni, il 61,5% erano donne e il 50% avevano la licenza elementare. È stato determinato che per la maggioranza dei pazienti (63,5%) la durata di permanenza in terapia intensiva era di 1-7 giorni e il 26,4% era connesso a un ventilatore meccanico per 1.60 ± 3.15 giorni. In relazione con lo stato dei pazienti ventilati meccanicamente, si è trovata una differenza significativa tra i punteggi medi della scala di esperienza di terapia intensiva. Una relazione significativa è stata trovata tra la durata di connessione del paziente al ventilatore meccanico nelle unità di terapia intensiva e la scala totale dei punteggi medi e tutti i punteggi totali della scala secondaria.

Conclusione: Si può concludere che i pazienti vivono esperienze relativamente negative nelle terapie intensive. Inoltre, i pazienti con ventilazione meccanica prolungata possono avere esperienze di eventi maggiormente sfavorevoli, così come coloro che vi soggiornano per un numero maggiore di giorni.

Bibliografia:

1. Demir Y, Akin E, Eşer İ, Khorshid L (2007). Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği: Geçerlik - Güvenirlik Çalışması. 4.Uluslararası-11.Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, 5-8 Eylül, İzmir, page:139.
2. Rattray J, Johnston M, Wildsmith JAW (2004). The Intensive Care Experience Development of The Ice Questionnaire. Journal of Advanced Nursing; 47:64-73.
3. Roberts B, Chaboyer W (2004). Patients' Dreams and Unreal Experiences Following Intensive Care Unit Admission. Nurs Crit Care; 9:173-180.

034

Valutazione della condizione di dolore dei pazienti delle unità di terapia intensiva attraverso una scala del dolore comportamentale

Assessing patients' pain status with a behavioural pain scale in intensive care units

Besey Güneş Ören Hava Özçelik Neriman Zengin

Istanbul University Bakırkoy Health School, Hastalıkları Hastanesi Bahçesi İçi, Istanbul, Turchia.

Email: besey_oren@yahoo.com; zneriman@yahoo.com

Scopo: Questo studio descrittivo è pianificato per investigare sullo stato del dolore e i relativi fattori tra i pazienti sottoposti a ventilazione meccanica nelle unità di terapia intensiva.

Metodo: Applicando semplici campioni casuali, nella terapia intensiva di un ospedale di formazione e ricerca specializzata in patologie cardiache a Istanbul, sono stati selezionati 67 pazienti sottoposti a ventilazione meccanica. Prima di condurre lo studio, è stata chiesta autorizzazione alla struttura. Per raccogliere i dati, sono state usate la scala comportamentale del dolore (BPS) e uno schema di intervista contenente domande relative alla patologia, al trattamento e informazioni demografiche. I dati sono stati interpretati facendo uso di

SPSS. Come metodi statistici sono stati anche applicati il tasso percentuale, il range di frequenza, il T test e i test di Mann-Whitney.

Risultati: Il 37,3% dei pazienti avevano un'età compresa tra 61-70 anni e il 17,9% tra 51 e 60. Il 50,7% di questi pazienti erano maschi e il 49,3% erano femmine. Tra questi pazienti, il punteggio medio di coloro che avevano un punteggio BPS $4,04 \pm 1,77$, il 26,9% stavano assumendo analgesici per trarre sollievo dal dolore, mentre il 73,1% non ne stava assumendo alcuno. Per trarre sollievo dal dolore, il 97% dei pazienti ricevevano metodi non farmacologici dagli infermieri.

Una differenza significativa è stata osservata tra i punteggi BPS dei pazienti che facevano uso di analgesici e coloro che non ne facevano uso. I punteggi BPS dei pazienti sotto analgesico erano maggiori ($p < 0,05$).

Conclusione e raccomandazioni: Per controllare il dolore, a tutti i pazienti è stato fornito almeno un metodo non farmacologico.

Nel caso dei pazienti ventilati meccanicamente, lo stato del dolore non dovrebbe essere trascurato, infatti dovrebbe essere accertato regolarmente dagli infermieri di area critica. Con questo obiettivo, dovrebbero essere progettati gli schemi per l'accertamento del dolore e, dopo l'interpretazione dei report raccolti, dovrebbero essere prese appropriate misure a garanzia del comfort dei pazienti.

Bibliografia:

1. Blenkharn A, Faughnan S, Morgan A. Developing a pain assessment tool for use by nurses in an adult intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 2002, 18(6): 332-341
2. Yorke J, Wallis M, McLean B. Patients' perception of pain management after cardiac surgery in an Australian critical care unit. *Heart&Lung* 2004, 33(1):33-41
3. Odhener M, Wegman D, Freeland N, Steinmetz, Ingersoll GL. Assessing pain control in nonverbal critically ill adults. *Dimension of Critical Care Nursing* 2003, 22 (6): 260-267.

038

La posizione semi-seduta: il trattamento infermieristico per ridurre l'incidenza della VAP

The semi-recumbent body position: nursing treatment to decrease the incidence of Ventilator Associated Pneumonia

Mona-Britt Divander, Gunilla Malmström, Ditte Trygg

Danderyds Sjukhus AB, 18288 Stocoolma, Svezia. Email: mona-britt.divander@ds.se

Contesto: I pazienti intubati di terapia intensiva aumentano il rischio di sviluppare la VAP (Polmonite Associata al Ventilatore) che è la più comune infezione ospedaliera in questo gruppo di pazienti.

La VAP comporta un aumento dei rischi di morbilità e mortalità. La prevenzione dello sviluppo della VAP implica numerosi tipi di interventi infermieristici tra cui uno è il mantenimento della posizione semi-seduta.

Scopo: Qual è stato lo standard dell'assistenza infermieristica in 2 unità di terapia intensiva di Stoccolma riguardo alla posizione semi-seduta? Quali sono state le opinioni degli infermieri sulla posizione semi-seduta? Secondo la letteratura, la posizione semi-seduta può ridurre l'incidenza di VAP?

Metodi: Sono stati condotti 3 studi differenti. Studio n°1: è stata misurata l'inclinazione della testa del letto dei pazienti. Studio n°2: è stato somministrato un questionario per indagare sulle opinioni degli infermieri riguardo alla posizione semi-seduta. Studio n°3: revisione di articoli.

Risultati: Studio n°1: l'inclinazione della testa del letto è stata misurata in 114 differenti occasioni. Nel 69% di queste occasioni l'inclinazione risultava inferiore di 30°.

Studio n°2: lo scopo del questionario è stato quello di raccogliere i pareri degli infermieri. Il 77% pensano che il paziente connesso al ventilatore ha un'ottima posizione del letto quando questo è inclinato di 45° per prevenire lo sviluppo della VAP.

Studio n°3: i risultati di numerosi studi indicano che la posizione supina rappresenta un fattore di rischio nello sviluppo della VAP. L'inclinazione a 45° della testa del letto diminuisce il rischio di sviluppare VAP mentre ciò non avviene con un'inclinazione di 10-28°.

Conclusione: I nostri studi mostrano che la posizione semi-seduta non è una pratica comune nell'assistenza infermieristica.

Sono necessarie maggiori informazioni riguardo alla VAP e all'importanza della posizione semi-seduta.

040

Ventilazione meccanica, farmaci, nutrizione, glicemia,... elementi fondamentali nello sviluppo delle ulcere da pressione nel paziente critico

Mechanical ventilation, drugs, nutrition, blood glucose,... key in the development of pressure ulcers in critical ill patients

Celia Carrasco, Juan Garófano, Angel Cobos, Idoia Jimenez.

Granada, Spagna. Email: angcobvar@yahoo.es

Scopo: analizzare la correlazione tra le misure terapeutiche, l'assistenza e altri fattori nell'insorgenza delle ulcere da pressione nei pazienti di terapia intensiva.

Metodi: uno studio descrittivo prospettico tra novembre 2007 – marzo 2008 (tuttora in atto) nella terapia intensiva dell'Ospedale Universitario San Cecilio (Granada). Misure variabili: sesso, età, Braden, Barthel, Glasgow, farmaci, superficie d'appoggio, durata d'appoggio, ventilazione meccanica, sedazione, indice di massa corporea (BMI), nutrizione, glicemia, diagnosi d'ingresso. Variabili analizzate usando SPSS. Il livello di significatività è $p \leq 0,05$ e il test del Chi-quadro è stato usato per confrontare il rapporto dei dati.

Risultati: 52 pazienti di cui 63,5% maschi e 36,5% femmine. Età media 63 anni. Permanenza media in terapia intensiva di 7 giorni. 46,2% pazienti con un alto rischio di ulcera, secondo la scala di Braden.

Nel 11,5% (6 pazienti) è la prevalenza di ulcera al ricovero e nel 30,8% (16 pazienti) l'incidenza di ulcera. Farmaci comunemente usati: insulina (67,4% dei casi), propofol (53,8%), dopamina (54,1%), remifentanil

(40,4%) e noradrenalina (32,7%). I pazienti con nutrizione parenterale erano 30,8% e 21,2% con nutrizione enterale, 55,8% i pazienti con ventilazione meccanica e sedazione.

Non abbiamo trovato nessuna correlazione statistica tra l'insorgenza delle ulcere da pressione ed età, BMI, superficie d'appoggio, l'indice di Barthel una settimana prima del ricovero. Abbiamo trovato correlazione statistica tra l'insorgenza delle ulcere da pressione ed i farmaci vasoattivi: dopamina ($p \leq 0,00$), noradrenalina ($p \leq 0,00$); nutrizione: parenterale ($p \leq 0,00$), enterale ($p \leq 0,021$); pazienti con ipoglicemia ($p \leq 0,015$); ventilazione meccanica invasiva (IMV) ($p \leq 0,00$) e il tempo di IMV ($p \leq 0,001$); Ramsay >4 ($p \leq 0,0035$); Glasgow moderato/severo ($p \leq 0,00$); farmaci per sedazione ed analgesia: remifentanyl ($p \leq 0,05$), morfina cloridrato ($p \leq 0,03$), midazolam + fentanyl ($p \leq 0,00$), propofol ($p \leq 0,00$).

Più alto rischio di ulcere da pressione in pazienti chirurgici ($p \leq 0,008$).

Conclusioni: è molto importante la valutazione usando la scala Braden come assistenza infermieristica preventiva ed estrema per i pazienti con ventilazione meccanica, sedazione, farmaci vasoattivi, nutrizione parenterale/enterale nonché l'evitare l'ipoglicemia, nei pazienti ricoverati nelle unità di terapia intensiva.

044

Comparazione dei valori di saturazione d'ossigeno rilevati in diverse parti del corpo attraverso pulsossimetro e tempi di misurazione

Comparing oxygen saturation values taken from different parts of the body by pulse oxymetry and measurement times

Gülendam Hakverdioğlu, Esra Akin Korhan, Leyla Khorshid

Ege University School of Nursing, Izmir, Turchia, Email: gulendam.hakverdioglu@ege.edu.tr

Scopo: lo stato di ossigenazione dei pazienti dovrebbe essere valutato dagli infermieri attraverso l'uso di dispositivi di pulsossimetria. L'attenta misurazione dei valori di pulsossimetria, il posizionamento del dispositivo di pulsossimetria, così da permettere accurate misurazioni, nonché la sicurezza del dispositivo usato, influiranno tutti insieme multidimensionalmente sullo schema terapeutico che riceverà il paziente.

Questo studio semisperimentale è stato progettato per comparare i valori di saturazione d'ossigeno rilevati da differenti parti del corpo attraverso un pulsossimetro ed i tempi di misurazione.

Metodi: hanno preso parte alla ricerca quei pazienti che erano ricoverati in terapia intensiva di malattie toraciche e nei dipartimenti di neurologia dell'Ospedale universitario Ege, con un'età compresa tra i 18-65 anni, ai quali è stato applicato un sistema di rilevazione fissato fisicamente (non solo applicato), connessi al ventilatore, senza alcun problema ematologico, anemia, tremore, ipotensione, aritmia, vasocostrizione e vasodilatazione periferica, e che non ricevevano alcun farmaco vasoattivo.

Nella raccolta dei dati sono state usate una scheda di identificazione del paziente ed una scheda di tracciabilità del paziente. Lo stato di ossigenazione dei pazienti è stato valutato attraverso misurazioni fatte sulle dita delle mani e dei piedi con un pulsossimetro. Nella valutazione dello stato di ossigenazione dei pazienti attraverso le dita delle mani e dei piedi è stata usata una sonda per dita OxiMax che era stata elaborata da Nellcor ed utilizzata nelle terapie intensive. Nella valutazione dello stato di ossigenazione della fronte è stato usato un sensore per fronte OxiMax Max-Fast elaborato da Nellcor. Nella valutazione delle caratteristiche iniziali dei pazienti ne sarà calcolato il numero e le distribuzioni in percentuale. I valori del pulsossimetro rilevate dalle varie parti del corpo sarà valutato secondo l'Analisi della Varianza di Misure Ripetute (Misure Ripetute ANOVA).

Risultati: i dati della ricerca sono in fase di raccolta.

Conclusioni: i risultati e le proposte saranno fornite come scoperte di ricerca.

Bibliografia:

1. Sun SW, Patel B, Gangoo W, Carrey Z. (2003). Reliability of Forehead Pulse Oximetry in Critically Ill Patients, *Chest*, 124(4),178.
2. Sugino S, Kanaya N, Mizuuchi M, Nakayama M, Namiki A. (2004). Forehead is as Sensitive as Finger Pulse Oximetry During General Anesthesia, *Can J Anesth*, 51(5),432-436
3. Schallom L, Sone C, McSweeney M, Mazuski J. (2007). Comparison of Forehead and Digit Oximetry in Surgical/ Trauma Patients at Risk for Decreased Peripheral Perfusion, *Heart & Lung*, 36(3),188-194.

045

Indicatori di qualità infermieristica in area critica

Critical care nursing quality indicators

N. Stoufis*, D. Kostaki*, A. Douska*

Konstantopouleio General Hospital of N. Ionia, Atene, Grecia. Email: stouf@in.gr

Scopo: lo scopo del presente studio è quello di mostrare i livelli di qualità dell'assistenza infermieristica erogata nella terapia intensiva del nostro ospedale. Questi livelli sono stati selezionati nell'ambito della nostra terapia intensiva attraverso un processo di certificazione ISO 9001 in modo da essere accreditati dal fornitore di certificazione ISO. Lo scopo principale dello studio è stato l'identificazione degli aspetti più rilevanti dell'assistenza infermieristica erogata nella nostra terapia intensiva.

Metodi: durante un periodo di 12 mesi un gruppo di lavoro costituito da tre medici e quattro infermieri ha redatto una lista di 15 indicatori di qualità. Questo gruppo è stato supervisionato dal medico responsabile della nostra terapia intensiva. Questi indicatori si basano su protocolli che sono stati adottati da organizzazioni internazionali accreditate.

I livelli relativi all'assistenza infermieristica sono: la prevenzione delle malattie tromboemboliche, adeguata sedazione ed analgesia, conformità con il protocollo del lavaggio delle mani, informazione per le famiglie dei pazienti di terapia intensiva, tenere sotto controllo gli errori, infezioni relative al catetere, grave ipoglicemia.

Risultati: come gruppo di lavoro stiamo portando avanti un progetto con l'intento di costruire un data base con il formato di accesso Microsoft che intende raccogliere e pubblicare le informazioni inserite riguardanti i livelli

di qualità. Infine il data base su cui stiamo lavorando rivelerà se la tattica qualitativa seguita dalla nostra terapia intensiva è corretta.

Nell'arco di un anno il dipartimento valuterà l'efficacia del programma qualitativo e aggiornerà, di conseguenza, il progetto qualità e gli indicatori basati su quella valutazione.

Conclusioni: gli indicatori di qualità sono strumenti di lavoro che permettono la misurazione dell'assistenza infermieristica erogata con l'intento di migliorarla attraverso una valutazione sistematica ed un miglioramento della prestazione, qualità, efficienza e risultato dei servizi verso il paziente.

050

Utilizzo delle evidence based practice nella gestione del danno cerebrale traumatico nell'Ospedale Universitario di Helsinki

Using evidence based practice in the management of Traumatic Brain Injury in Helsinki University Hospital

Minna Lopenen, Titta Väärälä,

Helsinki, Finlandia. Email: minna.loponen@hus.fi; titta.vaarala@hus.fi

Il danno cerebrale traumatico (TBI) rappresenta a livello mondiale una delle principali cause di morte e disabilità nei giovani adulti. IL TBI provoca disfunzione sia fisica che psicologica portando a delle conseguenze temporanee o a lungo termine. Queste conseguenze fanno sì che il TBI rappresenti un problema di sanità pubblica. Nella popolazione finlandese l'incidenza di queste conseguenze risulta essere stimata al 2.3% e il TBI è anche la più comune causa di morte negli adulti con età inferiore ai 45 anni.

Il TBI può essere suddiviso in danno primario e danno secondario. Il danno primario avviene al momento del trauma e può essere focale o diffuso. Il danno secondario, invece, si verifica qualche volta dopo il primario e può essere causato da fattori extracranici o intracranici. I danni secondari sono spesso il risultato di eventi che si verificano in scenari di area critica: ipossiemia, ipotensione ed ipertensione intracranica.

E' stato documentato largamente che l'evidence based practice e gli interventi riducono il danno cerebrale secondario e migliorano il risultato. Studi hanno dimostrato che l'esito, in seguito a grave TBI, dipende molto dalla qualità dell'assistenza erogata ed è stato suggerito che i pazienti hanno probabilmente una possibilità di sopravvivere doppia se sono trattati in centri specialistici neurochirurgici.

Nella terapia intensiva neurochirurgia, in cui gli autori di questa presentazione lavorano, ci sono protocolli infermieristici e medici che si basano su raccomandazioni e studi scelti attentamente. Questa evidence based practice garantisce che i pazienti ricevano un'assistenza di qualità elevata. Per il personale infermieristico esiste un training obbligatorio due volte l'anno, in cui il personale revisiona questi protocolli. Il training comprende anche un tirocinio clinico per l'uso di nuove attrezzature. Un modo per rendere disponibili le informazioni è quello di usare un data base condiviso dove tutti i protocolli e linee guida siano pubblicate.

In questa presentazione gli autori analizzeranno i protocolli usati nell'ospedale universitario di Helsinki dal punto di vista infermieristico.

Bibliografia:

1. Smith M; Neurocritical care: has it come of age? British Journal of Anaesthesia 2004 Dec Vol 93 N. 6
2. Iacono L.A ; Exploring the Guidelines for the management of Severe Head Injury Journal of Neuroscience Nursing 2000 Feb Vol 32 No 1

051

Il ruolo degli infermieri di area critica nella valutazione delle attrezzature e dei presidi medici: una proposta di innovazione organizzativa

The role of critical care nurses in evaluating equipment and medical devices: a proposal of organizational innovation

Luciana Torri

Padova, Italia. Email: lutorri@terra.com.br

Contesto: la valutazione e l'acquisto di attrezzature e presidi medici sono essenziali nello sviluppo del sistema sanitario.

Scopo: la valutazione multidisciplinare eseguita da specialisti, inclusa la figura dell'infermiere, che in questo contesto interpreta un nuovo ruolo intrapreso nel corso degli ultimi anni.

Metodi: questa valutazione si abbina all'analisi dell'adeguatezza, costo-beneficio, innovazione ed impatto sull'organizzazione, formazione e struttura. La realtà europea, in modo particolare quella italiana, tende a limitare l'inclusione soprattutto degli infermieri in questo processo. Si tratta di un processo multidisciplinare che si deve avviare in modo consistente insieme agli altri processi e sistemi amministrativi sanitari di assistenza tecnica che strutturano il gruppo stesso.

Risultati: la proposta di includere gli infermieri contribuirebbe all'innovazione e alla formazione, non appena i bisogni e l'uso del sistema saranno riconosciuti, sarà garantito un adeguato uso del sistema nonché ulteriori sviluppi clinici e di gestione.

Conclusioni: è un percorso molto interessante che deve essere intrapreso in modo da creare la figura di uno specialista tecnico della salute che agisca in modo da sviluppare le risorse esistenti per addestrare il personale e per fare ulteriore analisi dei prodotti. In questo modo si svilupperebbe una figura di riferimento per tutti gli operatori sanitari nel campo operativo, formativo, amministrativo ed ispettivo.

C'è bisogno di un grande sforzo di unione tra tutte le parti interessate per governare la questione della salute tecnologica. Si vuole che questi principi possano trovare spazio nei comportamenti e nelle scelte di tutti quelli che hanno interesse nella salute.

Bibliografia:

1. Carta di Trento: sulla valutazione delle tecnologie sanitarie in Italia. Trento, 28 marzo 2006.
2. Bradshaw A, Macmillan D. Defining 'competency' in nursing (part II): an analytical review. Journal of Clinical Nursing March 1998 Volume 7 Issue 2 Page 103-111

3. Douw K, Vondeling H, Bakketeig S, Gabbay J, Worgler Hansen N, Borlum Kristensen F. HTA Education and training in Europe Cambridge University Press Published online 23Dec 2002

054

Utilizzo di metodi formativi di terza generazione per il training degli infermieri in ICU

Use of learning methods of 3rd generation nurses Training in ICU

Carmen Sasso, Carola Caliciotti, Isabel Novo, Ana Isabel Monaj, Giuseppina Savarino, Gisella Ligato. Unita di terapia intensiva Policlinico Campus Biomedico, Rome, Italy. Email: c.caliciotti@unicampus.it

Contesto: il training in area critica è un problema concreto soprattutto in una terapia intensiva nuova e giovane. Questo è davvero duro perché il lavoro delle infermiere è notevole e il tempo disponibile è poco.

Al momento il training in area critica consiste in lezioni teoriche con l'aiuto di video e di tirocinio clinico: due entità distinte senza alcuna relazione tra loro.

Scopo: l'obiettivo della nostra terapia intensiva è quello di abbinare le lezioni alle simulazioni insieme ai video di intere procedure su casi clinici attuali da risolvere e corsi on-line.

Risultati: il progetto è di completare il training clinico con le lezioni teoriche. All'inizio verranno studiati i casi clinici che saranno presenti in terapia intensiva, verranno mostrati i video riguardo alle procedure infermieristiche e verranno fatte simulazioni per risolvere un caso clinico specifico, infine verrà migliorata la pratica clinica.

Implicazioni: in questo modo le lezioni diverranno, non solo fonte di insegnamento statico, ma anche fonte di nuovi stimoli in modo da fissare i concetti principali.

In altre università sono state fatte delle esperienze incoraggianti, speriamo che l'impegno e l'inventiva delle nostre menti giovani, ci possa far raggiungere risultati innovativi.

055

Determinazione dell'efficacia del vello di pecora per la prevenzione delle lesioni da pressione in ICU

Determining the effectiveness of sheep skin rugs in prevention of pressure sores in the ICU

Nilay Sagnak, Ezgi Çinar

Istanbul Memorial Hospital; University of Marmara, Istanbul, Turchia. Email: nilaysagnak@yahoo.com

Questo studio è stato compiuto sperimentalmente per determinare l'efficacia del vello di pecora nella prevenzione delle lesioni da pressione in pazienti allettati.

Metodi: sono stati reclutati trenta pazienti per il gruppo sperimentale e trenta per il gruppo di controllo. Nello studio sono stati coinvolti sessanta pazienti della terapia intensiva dello Special Hospital tra l'aprile 2003 e 2004. I pazienti appartenenti al gruppo sperimentale venivano assistiti dagli infermieri, trattati con il vello di pecora e gli veniva cambiata la posizione sistematicamente. Quelli, invece, appartenenti al gruppo di controllo ricevevano assistenza infermieristica e cambi di posizione ma venivano trattati con il materasso ad aria.

Per raccogliere i dati abbiamo usato questionari, le scale di Waterloo e Norton, inoltre abbiamo valutato i questionari con il programma SPSS, la media aritmetica, con il test Mann-Whitney U, la percentuale, il test del Chi-quadrato, il t-test e analisi di correlazione.

Risultati: tra il gruppo sperimentale e quello di controllo non c'erano differenze in termini di genere, obesità, magrezza, malattie croniche, massaggio ed esercizi motori ($p < 0.05$); ma c'erano differenze tra la posizione, l'edema e la prognosi ($p < 0.05$). Il gruppo di controllo presentava più edema del gruppo sperimentale.

Entrambi i gruppi non mostravano differenze nei valori biochimici del sangue. Nel gruppo di controllo il 60% dei pazienti faceva uso di farmaci steroidei. Le differenze tra il gruppo di controllo e quello sperimentale in relazione all'uso di steroidi erano statisticamente significative ($p < 0.05$).

Entrambi i gruppi non mostravano differenze riguardo alle scale, Waterloo e Norton, di rischio delle lesioni da pressione ($p > 0.05$). Non abbiamo riscontrato lesioni da pressione in nessuno dei pazienti del gruppo sperimentale, ma il 30% dei pazienti del gruppo di controllo avevano sviluppato lesioni da pressione.

Conclusioni: noi raccomandiamo l'utilizzo del vello di pecora nella prevenzione di lesioni da pressione in pazienti allettati perché questo è risultato efficace. È facile da usare e rappresenta anche un modo economico di prevenire lo sviluppo di lesioni da pressione.

Bibliografia:

1. Agostini J, Sidney T, Bogardus JR. Making Health Care Safer. Prevention of pressure ulcers in older patients. Yale University Schools of Medicine and Public Health, No:43, July, 2001.
2. Demir Z. Surgical treatments of pressure sore and determine patient outcomes. Turkish Plastic and Reconstructive -Esthetic Surgery Journal, 11(3), 2003, Ankara.
3. Berlowitz DR, Bezerra HQ, Brandeis GH, Kader B, Anderson JJ. Are we improving the quality of nursing home care. The case of pressure ulcers. Abstracts J Am Geriatr Soc., 59-62, Abst.:48, 2000.
4. Kanj LF, Wilking SB, Philips TJ. Pressure ulcers. Dermatology, 38(4):517-536, 1998, USA.
5. Kurtuluş Z, Pinar R. Relation between high risk albumin level patients and pressure sore with assesment of Braden Scale. University Of Republic , Nursing Department Journal , 7(2):1-10, 2003.
6. Pinar R. Pressure sore and prevention, 3-10, İstanbul, 1998.
7. Ratliff CR. Pressure ulcer assesment and management. Lippincott's Primary Care Practise, 3(2):242-258, 1999.

057

Prevenzione delle ulcere da pressione nei pazienti con gravi problemi cardiovascolari

Preventing pressure ulcer in patients with severe cardiovascular failure

Lena Segerström, Helena Holmberg.

Karolinska University Hospital, Stoccolma, Svezia. Email: lenasegerstr_m@hotmail.com

Contesto: la terapia intensiva di chirurgia toracica dell'ospedale universitario Karolinska, eroga assistenza infermieristica postoperatoria a seguito degli interventi di cardiocirurgia. Dal 2005 la tipologia di pazienti è passata ad un alto livello di assistenza grazie all'uso di un numero crescente di presidi differenti per l'assistenza circolatoria, con lo scopo di "usare un cuore artificiale fino alla guarigione di quello nativo" oppure "usare il cuore meccanico fino al trapianto".

I pazienti soffrivano di grave instabilità circolatoria con movimenti limitati soprattutto alla schiena.

Uno studio di prevalenza sulle ulcere da pressione è stato realizzato durante una giornata, nella primavera del 2007. Degli undici pazienti ricoverati (uno in trattamento con l'ECMO), vennero documentate undici ulcere da pressione. Quattro pazienti avevano più di un'ulcera da pressione. Il paziente con l'ECMO presentava una grossa ulcera da pressione sotto i tubi, dietro la testa, sul sacro e rossori sui talloni.

Di routine i pazienti, cui ci si aspettava un'assistenza superiore alle 24 ore, venivano messi direttamente su letti speciali e venivano usati anche cuscini e materiali plastici spugnosi in grado di scaricare le pressioni. I pazienti trattati con l'ECMO venivano girati nel letto solo durante il giorno e con l'aiuto dei medici.

Scopo: lo scopo dello studio è stato quello di migliorare l'assistenza clinica affinché diminuissero i casi di ulcera da pressione.

Risultati: il gruppo di trattamento dell'ulcera creò un programma di trattamento. Fu definito un programma di assistenza infermieristica per la prevenzione e il trattamento delle ulcere.

I materassi antidecubito furono acquistati ed fu instaurata una collaborazione con il terapeuta occupazionale. Le informazioni riguardo al programma ed ai nuovi prodotti furono comunicate allo staff attraverso e-mail. Il materiale per medicazione fu presentato su di un poster. Un anno dopo lo studio fu ripetuto.

Dei quattordici pazienti ricoverati, vennero documentate sette ulcere da pressione. Un paziente presentava più di un'ulcera da pressione. Il paziente trattato con l'ECMO non presentava ulcere da pressione. Questo risultato corrisponde al 50% in meno di casi di ulcera da pressione.

Implicazioni: nonostante ciò, i pazienti ancora presentano ulcere da pressione, perciò stiamo progettando studi, monitoraggi, aggiornamenti e valutazioni di nuovi prodotti.

059

Successo ed insuccesso del processo di cura dei pazienti con problemi coronarici nei servizi di cardiologia invasiva, ICU e CCU

Successful and unsuccessful care process of coronary heart patients in invasive cardiology ward, ICU and CCU

Kontio E. RN, MNSc; Lundgrén-Laine H. RN, MNSc; Prof. Salanterä S. RN, PhD
University of Turku, Finlandia

Scopo: Lo scopo dello studio era quello di descrivere successi ed insuccessi del processo di cura dei pazienti con problemi coronarici, in un centro di cura specializzato, dal punto di vista infermieristico. Attraverso queste descrizioni, furono identificati i fattori chiave per il progetto delle risorse per l'impresa (ERP), i sistemi di sviluppo ed il supporto nel prendere le decisioni.

I pazienti con problemi coronarici che necessitavano di cure invasive erano solitamente presi in cura nelle ICU o nelle CCU. Tipicamente questa assistenza è stata basata sulla funzionalità, ma gli ospedali si stanno sempre più muovendo verso un'organizzazione basata sui processi. Allo stesso tempo, nuovi sistemi di informazione come l'ERP si stanno sviluppando nella cura della salute e, inoltre, è essenziale capire i punti di forza e di debolezza dei processi attuali.

Metodo: Fu utilizzato un progetto qualitativo-descrittivo usando tecniche riguardanti casi critici.

Casi critici furono raccolti usando un questionario senza limiti precisi. Il campione determinato, 13 caposala e 37 infermieri, furono strategicamente selezionati da 3 ospedali per acuti nel sud della Finlandia.

Almeno metà degli informatori (48%) venivano o da un reparto invasivo, o da una ICU o da una CCU.

Fu applicata un'analisi critica degli avvenimenti di Norman et al (1992).

Risultati: Abbiamo identificato i seguenti significativi insuccessi nel processo di cura coronarica nei reparti invasivi, ICU o CCU. La scarsità della struttura dove viene posizionato il paziente, l'ambiente oppressivo, la mancanza di risorse e la mancanza di educazione al paziente. Rispettivamente abbiamo identificato i seguenti significativi del successo del processo di una cura coronarica: educazione intenzionale del paziente, presenza costante, documentazione puntuale ed attendibile, giusto tempismo dell'educazione al paziente.

Conclusioni: I successi e gli insuccessi del processo di cura coronarica sono stati descritti e mostrano che i processi di assistenza necessitano di essere definiti e modellati se vogliamo migliorare la presa delle decisioni. Queste descrizioni forniscono importanti informazioni per lo sviluppo dell'organizzazione basata sui processi ed i sistemi ERP nella cura della salute.

Comunque ulteriori ricerche sono ancora necessarie su come il sistema ERP può aiutare la presa delle decisioni nelle organizzazioni basate sui processi.

Bibliografia:

1. Norman IJ, Redfern SJ. (1992). Developing Flanagan's critical incident technique to elicit indicators of high and low quality nursing from patients and their nurses. *Journal of Advanced Nursing* 17: 590-600.

061

Prevenzione della VAP: qual è l'evidenza?

Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia: what is the evidence?

Yurdanur Demir RN, MSc; Esra Akin Korhan, RN, MSc; Prof. Leyla Khorshid RN, PhD
Ege University İzmir, Turchia. Email: yndemir@yahoo.com

Background: La polmonite associata a ventilatore (VAP) è l'infezione nosocomiale più frequente tra i pazienti ventilati meccanicamente, i range di prevalenza vanno da 9% a 78%. VAP è associata con aumento della morbilità, lunghe degenze in ospedale, aumento dei costi di assistenza ad un alto tasso di mortalità.

La comprensione dell'eziologia aiuta a prevenire la VAP. Inoltre gli infermieri hanno bisogno di capire l'eziologia della VAP, i fattori di rischio per questo tipo di polmonite e le strategie che possano prevenire questa malattia. Ciononostante, le strategie per prevenire la VAP, le vie di applicazione ed i risultati sono ancora oggetto di discussione.

Scopo: Lo scopo di questo studio è di rivedere l'Evidence-Based Nursing e le strategie mediche per prevenire la VAP attraverso l'analisi della letteratura.

Risultati: Gli articoli pubblicati furono identificati tramite una ricerca con il database di PubMed e facendo una ricerca su Google utilizzando il termine "polmonite associata a ventilatore". Solo gli articoli pubblicati su rispettabili riviste mediche ed infermieristiche furono poi esaminati a fondo ed ulteriori articoli furono identificati da riferimenti all'autore.

Sulla base delle evidenze date dalla rivisitazione letteraria, le strategie per prevenire la VAP sono state discusse con questi titoli: Posizionamento del paziente; Igiene orale; Lavaggio mani; Aspirazione delle secrezioni sub-glottiche (Intermittente / Continuativa); Via per l'intubazione endotracheale; Gestione del circuito di ventilazione; Metodi di alimentazione enterale; Lavaggi salini; Tipi di sistemi di aspirazione endotracheale (Aperto vs Chiuso); Sistema di umidificazione; Letti oscillanti.

Implicazioni: Questo studio dimostra che il rischio correlato alla VAP può essere evitato con semplici interventi infermieristici. Inoltre gli infermieri di area critica hanno bisogno di capire i fattori che mettono i loro pazienti a rischio sviluppare la VAP ed, usando le strategie basate su evidenze che porteranno alla sopravvivenza ed alla guarigione del paziente.

Più ricerche sono richieste in aree nelle quali c'è un'adeguata ricerca di un'alto livello di ricerca di evidenze, riducendo morbilità e mortalità dei pazienti di terapia intensiva.

Bibliografia:

1. Depuydt PO, Blot SI, Benoit DD, Claeys GW, Verschraegen GL, Vandewoude KH, Vogelaers DP, Decruyenaere JM, Colardyn FA (2006). Antimicrobial resistance in nosocomial bloodstream infection associated with pneumonia and the value of systematic surveillance cultures in an adult critical care unit. *Crit Care Med*, 34:653–65
2. Ruffell A, Adamcova L (2008). Ventilator-associated pneumonia: prevention is better than, cure. *Nursing in Critical Care*, 13(1):44-53.
3. Stijn I. Blot, Sonia L, Dominique V, Paul Van A, Brigitte Cl (2007). Evidence-based guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia: results of a knowledge test among intensive care nurses. *Intensive Care Med*, 33:1463–1467.

062

Effetti del tocco-massaggio, musico terapia ed aromaterapia sullo stato psicologico dei pazienti in terapia intensiva.

Touching, music therapy and aromatherapy's effect on the physiological situation of the patients in Intensive Care Unit

Sevban Arslan, Nadiye Özer

Atatürk Üniversitesi, Erzurum Sağlık Yüksekokulu – Erzurum, Turchia. Email: sevban_adana@hotmail.com

Scopo: L'obiettivo di questa ricerca è studiare gli effetti del tocco, della musicoterapia ed aromaterapia sui pazienti di terapia intensiva (ICU).

Metodo: La ricerca quasi sperimentale fu condotta nella ICU di Anestesiologia e Rianimazione di un ospedale universitario tra il 23/06/2006 ed il 15/03/2007. I dati furono raccolti da un totale di 72 pazienti (36 di un gruppo sperimentale e 36 di un gruppo di controllo). Nella raccolta dei dati, come una forma di richiesta e di iniziativa infermieristica furono applicati il tocco espressivo, la musicoterapia e l'olio di lavanda attraverso la respirazione. Il tocco espressivo per il primo giorno, la musicoterapia per il secondo giorno e l'olio di lavanda tramite respirazione per tre giorni furono applicati ai pazienti del gruppo sperimentale. Prima e dopo ogni applicazione, il battito, sistole e diastole ed i valori respiratori del paziente venivano misurati. I valori di emoglobina sono stati aggiunti a queste misurazioni per il tocco espressivo. I dati sono stati valutati da statistiche descrittive, chi-quadro, campioni indipendenti, t test campioni accoppiati, t test campioni e one-way ANOVA.

Risultati: Il 70,8% dei pazienti coinvolti nella ricerca avevano 56 anni o più (s=51); il 61,1% (s= 44) erano maschi, l'83,3% (s=60) erano sposati. La media dell'emoglobina seguente al tocco era 11,94 (SS= 3.16) nel gruppo di controllo e 13,10 (SS= 2.54) nel gruppo sperimentale e la differenza era statisticamente significativa (p= 0,050). La media delle pulsazioni dopo la musicoterapia era 104,58 (SS=27.46) nel gruppo di controllo e 93,11 (SS_17.99) nel gruppo sperimentale e la differenza era statisticamente significativa (p=0.040). La media delle pulsazioni tra i due gruppi dopo l'aromaterapia era 102,41 (SS=25.26) nel gruppo di controllo e 91,86 (SS=15.35) in quello sperimentale e la differenza era statisticamente significativa (p=0.036).

Conclusioni: Tocco, musicoterapia ed aromaterapia possono avere risultati sulla situazione psicologica dei pazienti in ICU.

Bibliografia:

1. Almerud S, Petersson K. Music therapy- a complementary treatment for mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing* 2003;19 (1):21-30.
2. Dunn C, Sleep J, Collett D. Sensing an improvement: an experimental study to evaluate the use of aromatherapy, massage and periods of rest in an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing* 1995;21:34-40.
3. Buckle J. The role of aromatherapy in nursing care. *Nursing Clinics of North America* 2001;36:1.

065

Analisi delle conoscenze ed applicazioni degli infermieri di Pronto Soccorso e Terapia Intensiva della contenzione farmacologica

Examination of the information and applications of the Emergency Room and Intensive Care nurses about the chemical restraints

Zeynep Karaman Özlü, Serdar Saritaş, Nadiye Özer

Atatürk Üniversitesi, Fakültesi Aziziye Araştırma Hastanesi, Başhemsire Yardımcısı, Turchia.

Email: zynp_krmnzl@hotmail.com

Scopo: Analisi delle conoscenze ed applicazioni degli infermieri di pronto soccorso e terapia intensiva della contenzione farmacologica.

Metodi: Fu effettuato un piano di studio descrittivo in un ospedale turco tra Ottobre 2007 e Febbraio 2008.

34 infermieri di Pronto Soccorso e Terapia Intensiva disposti a partecipare allo studio furono scelti attraverso un campione di convenienza. Nella raccolta dei dati fu usato un questionario che consisteva in domande chiuse per valutare lo stato di pratica. I dati furono valutati con un test descrittivo.

Risultato: Si determinò che il 50% degli infermieri (n=17) erano laureati, il 61,7% lavorava in terapia intensiva da più di un anno, il 32,4% (n=11) lavorava in pronto soccorso, il 73,5% (n=25) era a conoscenza delle pratiche di contenzione farmacologica, il 70,6% effettuava la contenzione farmacologica sui pazienti per diversi motivi, il 79,4% (n=27) accentuava la necessità di contenzione farmacologica ed il 23,5% (n=8) dichiarò che si può effettuare una contenzione farmacologica per 24 ore consecutive, il 50% (n=17) disse che si ricordava le pratiche di contenzione farmacologica, il 23,5% (n=8) disse di non effettuare contenzione farmacologica se non urgente, il 70,6% (n=24) dichiarò che le pratiche di contenzione farmacologica possono essere effettuate sui pazienti agitati, l'88,2% (n=30) fa notare che la comunicazione terapeutica può essere usata in alternativa alla contenzione farmacologica, il 67,6% (n=23) disse che i pazienti ai quali viene effettuata la contenzione farmacologica sviluppano disorientamento come complicazione. Il 58,8% (n=20) indicò di usare sedativi per la contenzione farmacologica.

Conclusioni: Nonostante i pazienti sviluppino disturbi di disorientamento, la contenzione farmacologica è un metodo comune che gli infermieri trovano necessario per salvaguardare il paziente in pronto soccorso e terapia intensiva.

Bibliografia:

1. Hofst K, Coyer F M (2007) Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: a patient perspective. *Intensive and Critical care Nursing* (article in press)
2. Mott S, Poole J, Kenrick M (2005) Physical and chemical restraints in acute care: their potential impact on the rehabilitation of older people. *International Journal of Nursing Practice*, 11:95-101.

066

Le pratiche e le conoscenze degli infermieri di area critica riguardo alla sindrome da terapia intensiva

Practices and knowledge of intensive care nurses about the Intensive Care Unit Syndrome

Nadiye Özer, Zeynep Karaman Özlü, Serdar Saritas, Sevban Arslan

Atatürk Üniversitesi, Hemsirelik Yüksekokulu, Erzurum, Turchia. Email: nozer@atauni.edu.tr

Scopo: Esaminare le pratiche e le conoscenze degli infermieri di area critica riguardo alla sindrome da terapia intensiva.

Metodi: Questo studio descrittivo fu effettuato in un ospedale universitario in Turchia tra Ottobre 2007 e Febbraio 2008. 24 infermieri che lavoravano in una ICU e che hanno acconsentito a partecipare furono scelti attraverso un campione di convenienza. Nella raccolta dei dati fu usato un questionario composto da 27 domande chiuse per valutare le informazioni circa la sindrome da terapia intensiva e 15 domande chiuse per valutare l'esercizio della professione. I dati furono valutati con un test descrittivo.

Risultati: Il 41,7 % (n=10) degli infermieri sono laureati ed il 45,8% (n= 11) sono infermieri di anestesia e rianimazione in terapia intensiva; 37,5 (n=9) lavorano in ICU da più di cinque anni. L'87, 5% (n=21) afferma di essere a conoscenza della sindrome da terapia intensiva e l'83.3% (n=20) dicono di prendersi cura dei pazienti con sindrome da terapia intensiva. Il 54.2 (n=13) disse che l'ICU era un elemento stressogeno a causare la sindrome ed il 16.7% (n= 4) disse che gli altri pazienti in ICU erano elementi stressati a causare la sindrome. La media del punteggio che gli infermieri realizzarono dalle misurazioni di 27 dati e 27 punti d'informazione fu 15,45 (SD= 4.10) (minimo=6, massimo=22). Quando fu esaminata la distribuzione degli interventi che essi effettuavano per prevenire la sindrome, tutti (n=24) affermarono che cercavano di ridurre il rumore ed il 33.3% (n=8) disse che metteva gli oggetti personali dei pazienti vicino al loro letto.

Conclusioni: La media del punteggio d'informazione degli infermieri (15.45± 4.10) è stato determinato essere più basso del livello di conoscenza della sindrome da terapia intensiva che loro hanno espresso (87,5%). Nonostante questo, la percentuale di manovre di intervento per prevenire la sindrome da terapia intensiva è stata trovata essere più alta.

Bibliografia:

1. Granberg Axell AIR, Malmros CW, Bergbom IL, Lundberg DBA 2002. Intensive care unit syndrome/delirium is associated with anemia, drug therapy and duration of ventilation treatment. *Acta Anaesth Scan* 46, 726-731
2. Dedeli Ö, Akyol AD. 2005. Yoğun Bakım sendromu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 9, 20-27

068

Lo sviluppo della pratica di assistenza critica e collaborazione con la ricerca (PDRP). L'utopia incontra il pragmatismo

A critical care Practice Development and Research Partnership (PDRP). Utopia meets pragmatism

Jenni Templeman, Heather Cooper

Macclesfield Hospital, Macclesfield, Gran Bretagna.

Questo lavoro si rivolge all'iniziativa di unione tra Cheshire NHS Trust e l'Università di Chester con riguardo allo sviluppo della pratica di assistenza critica e collaborazione per la ricerca.

È focalizzata sugli aspetti salienti pertinenti gli ideali e la praticità con riguardo a questa associazione ed alla progressione dei quattro progetti correnti, un anno più tardi. Idealmente, il carattere particolare del PDRP è centrato sulla relazione tripartita tra lo sviluppo della pratica, ricerca e sviluppo della staff.

Questa associazione è concettualizzata per aggiungere valore al nocciolo del business sia del NHS Trust che dell'Università. Gli effetti lungimiranti del PDRP includono un alto livello di partecipazione dello staff, con attività che contribuiscono significativamente allo sviluppo dello staff, collegati dove possibile ai bisogni di servizio e corsi sugli aspetti di riconoscimento attraverso l'accreditamento dell'apprendimento basato sul lavoro. Lo scopo ultimo è quello di intensificare la cura al paziente, radicare l'assistenza basata sulle evidenze, sviluppare lo staff e divulgare la buona pratica.

Questo concetto di PDRP facilita la spinta per un cambio di gestione in una cultura stabilizzata che adotta un approccio centrato sul paziente, identifica i problemi, cerca un processo per una soluzione ed offre outcomes tangibili per pazienti e staff. Il possesso delle attività e degli outcomes del PDRP da parte di tutto lo staff sono stati visti come essenziali fin dall'inizio.

Questo lavoro spiega gli aspetti pragmatici dell'esperienza e dell'evoluzione dei quattro progetti correnti e sottolinea i meccanismi di supporto disponibili. Inoltre indirizza le sfide e la realtà del funzionamento del PDRP. Le esperienze del gruppo guida saranno schematizzate insieme alle implicazioni per lo sviluppo futuro e la crescita del PDRP. La chiave di questo saranno gli elementi di associazione che hanno puntellato l'avventura, insieme all'impegno ed agli investimenti di tutti i partner.

071

Gli effetti della musica terapia sul dolore, parametri vitali e saturazione d'ossigeno dei pazienti che hanno subito un intervento cardiaco

The effects of music therapy on pain, vital findings and oxygen saturation of patients that had undergone open heart surgery

Nadiye Özer, Sevban Arslan, Nezihat Guneş, Serdar Saritaş, Zeynep Karaman Özlu

Atatürk Üniversitesi, Erzurum Sağlık Yüksekokulu, Erzurum, Turkey. Email: sevban_adana@hotmail.com

Scopo: Determinare gli effetti della musica terapia sul dolore, parametri vitali e saturazione d'ossigeno dei pazienti che hanno subito un intervento cardiaco.

Metodi: Questa ricerca quasi sperimentale fu condotta in una unità di terapia intensiva cardiocirurgica di un ospedale universitario tra il 15/09/2007 ed il 15/02/2008. 87 pazienti di età maggiore di 18 anni che erano al secondo giorno post-operatorio di un'operazione a cuore aperto e che non avevano deficit uditivi, sono stati scelti attraverso un metodo casuale di campionamento con test pre e post del gruppo di controllo. Prima della musica-terapia (BMT), i parametri vitali e la saturazione d'ossigeno del gruppo sperimentale venivano registrati ed il dolore nell'operazione e nel sito del trapianto erano misurati usando una scala verbale.

Poi, i pezzi musicali ordinati in base alle preferenze del paziente nel gruppo sperimentale venivano suonati per 30 minuti, mentre i pazienti ascoltavano e, poi venivano rivalutati i loro parametri vitali, la saturazione d'ossigeno ed il livello di dolore. I dati del gruppo di controllo per gli stessi parametri sono stati ottenuti senza i 30 minuti di esposizione alla musica, con un intervallo sempre di 30 minuti.

Statistiche descrittive e test degli studenti sono stati usati nelle analisi statistiche.

Risultati: Dopo la musica-terapia (AMT), i valori significativi di dolore del gruppo sperimentale ed i valori significativi del gruppo di controllo nei test post erano significativamente differenti dal punto di vista statistico (Sperimentale = 1.20 ± 0.40 ; Controllo = 2.20 ± 0.40 ; $p = .000$). Nel confronto tra le misurazioni BMT e AMT del gruppo sperimentale, i valori significativi di dolore erano BMT = 2.13 ± 0.40 e AMT = 1.20 ± 0.40 ; Saturazione d'Ossigeno, BMT = 91.70 ± 3.08 e AMT = 93.13 ± 2.69 , e le differenze tra i valori BMT e AMT erano statisticamente significative (Dolore = $.000$, Saturazione d'Ossigeno; $p = .000$).

Conclusioni: La musica-terapia può essere efficace nella riduzione della percezione del dolore ed aumentare la saturazione di ossigeno post-operatoria nei pazienti sottoposti a cardio-chirurgia a cuore aperto.

Bibliografia:

1. Ikonomidou E, Rehnström A, Naesh O. Effect of Music on Vital Signs and Postoperative Pain. *AORN Journal* 2004;80(2):269-278.
2. Voss AJ, Good M, Yates B, et al. Sedative Music Reduces Anxiety and Pain During Chair Rest After Open-Heart Surgery. *Pain* 2004;112:197-203.
3. Bally K, Campbell D, Chesnick K, et al. Effects of Patient-Controlled Music Therapy During Coronary Angiography on Procedural Pain and Anxiety Distress Syndrome. *Critical Care Nurse* 2003;23(2):50-57.

077

Determinazione di livelli di qualità di vita, soddisfazione lavorativa e burn-out degli infermieri di terapia intensiva

Determining levels of quality of life, job satisfaction and burnout among intensive care nurses

Nurgül Güngör¹, Nazmiye Çiray², Asiye Durmaz Akyol³

¹Celal Bayar University, Manisa School of Health, ²Ege University, Ödemiş School of Health, ³Ege University, School of Nursing, Turchia. Email: nurgulgungor2004@gmail.com

Scopo: Lo scopo di questo studio era di esaminare la relazione tra la qualità della vita degli infermieri di terapia intensiva, la soddisfazione lavorativa ed il burn-out.

Materiali e metodi: Lo studio è a gruppi rappresentativi. Abbiamo incluso 65 infermieri di terapia intensiva che hanno accettato di partecipare. La formula della domanda dello studio è composta da 4 parti e 92 domande. Nella prima parte aspetti socio-economici, nella seconda parte WHOQOL – Bref (TR), una breve scala sulla qualità della vita, nella terza parte la scala della sindrome di burn-out di Maslach e nella quarta parte la scala di soddisfazione sul lavoro di Mumford.

Scoperte: Il 55.7% degli infermieri avevano meno di 27 anni e, il 52.3% era sposato. Il 61.5% era laureato all'università ed il 52.3% lavorava come infermiere da più di 5 anni. Il 43.1% stava lavorando in un reparto di medicina interna di terapia intensiva. Il 53.8 % aveva precedentemente lavorato in un reparto universitario ed il 63.6 % aveva lavorato meno di tra anni per il precedente lavoro. Il 52.8% aveva un reddito sufficiente.

Risultati: In conclusione di questo studio, si è determinato che alcuni dei fattori socio-economici influenzano la qualità della vita, la sindrome di burn-out e la scala di soddisfazione lavorativa degli infermieri.

Bibliografia:

1. Alleyna GA. Health and the quality of life Rev Panom Salud Publica, 2001;9(1):1-6.
2. Buckley TA, Cheng AY, Gomersall CD. Quality of life in long-term survivors of Intensive Care. Ann Acad Med Singapore, 2001;30(3):287-92
3. Muller CW, McCloskey JC. Nurses' job satisfaction: a proposed measure. Nursing Research, 1990, 39:2.
4. The WHOQOL Group. What quality of life. World Health Forum. 1996;17:354-356. Burnout, Health and Social Work 1999; 24 (2): 112-119.

081

L'infermieristica di area critica è interessante per gli studenti infermieri laureandi?

Is intensive and critical care nursing interesting to graduating nursing students?

Marita Ritmala-Castren, Ääri, R-L.¹, Leino-Kilpi, H.², Suominen, T.³

¹University of Turku, ²University of Turku, South Western Hospital District, ³University of Turku, University of Kuopio, Finlandia.

Contesto: C'è bisogno di uno staff di infermieri qualificati nelle unità di terapia intensiva (ICU) e c'è inoltre una crescente competizione futura nei tanti paesi europei tra gli studenti infermieri laureandi per la mancanza di infermieri (ICN 2004; Simoons et al. 2005; WHO 2006).

Scopo: Descrivere gli interessi dell'infermieristica di area critica dai punti di vista degli studenti infermieri laureandi.

Metodi: Questo studio è una parte di una sezione di misurazione sulla competenza infermieristica nell'ambiente di terapia intensiva ed area critica. Gli studenti rispondono ad una domanda sul perché sono interessati a lavorare in una ICU o sul perché non lo sono. I dati sono raccolti da un campione di convenienza di studenti infermieri laureandi (N=100). Un questionario aperto sarà analizzato attraverso l'analisi dei contenuti.

Risultati: I dati sono stati raccolti nell'Aprile 2008 ed analizzati nel Maggio 2008. I risultati descrivono quanti infermieri sono interessati a lavorare in una ICU, perché e perché no.

Conclusioni: I risultati sono utili per gli insegnanti di infermieristica per pianificare l'educazione basilare e continuativa in terapia intensiva ed area critica e per l'amministrazione dello sviluppo del reclutamento di infermieri.

Bibliografia:

1. WHO 2006. Working together for health. The world health report 2006. Access: www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf (retrieved 8.4.2008).
2. ICN 2004. The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions. Developed by Buchan B, Calman L. for the International Council of Nurses. Access: <http://www.icn.ch/global/shortage.pdf> (retrieved 8.4.2008).
3. Simoons S, Villeneuve M, Hurst J. 2005. Tackling Nurse Shortages in OECD Countries. OECD Health Working Papers NO. 19. Access: <http://www.oecd.org/dataoecd/11/10/34571365.pdf> (retrieved 8.4.2008).

085

Confronto della check list per lo screening del delirio in terapia intensiva (ICDSC) tradotta in olandese con la versione olandese del metodo di valutazione della confusione per le terapie intensive (CAM-ICU)

Comparison of intensive care delirium screening checklist (ICDSC) translated to dutch with the dutch version of the confusion assessment method for the ICU (CAM-ICU)

M.L. Luiking, L.J. Bras, R Wesselink

St Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein, Olanda. Email: luikingg@cs.com

Obiettivo: Il delirio nei pazienti di Terapia Intensiva è associato ad aumentata morbilità, ritardo della guarigione, prolungamento della degenza e può avere un impatto sulla qualità di vita dei pazienti dopo la dimissione. Il CAM-ICU viene percepito dallo staff infermieristico delle Terapie Intensive come ingombrante per l'uso quotidiano. Un ICDSC nuovamente tradotto potrebbe esserlo meno. per questo motivo deve essere valutata l'affidabilità della versione olandese del ICDSC. L'accordo con la versione olandese del CAM-ICU (considerato standard) proverebbe tale affidabilità.

Metodi: Uno studio prospettico, osservazionale a tre livelli, una ICU di 30 posti di un ospedale terziario universitario in Olanda. E' stato usato il CAM-ICU in olandese di C.J. Kalisvaart ed è stato tradotto in olandese l'ICDSC (usando il metodo di traduzione e retro-traduzione). Tra Luglio e Dicembre 2007, 100 pazienti di Terapia Intensiva Chirurgica e Medica venivano accertati tramite l'uso in doppio dei due strumenti da un

infermiere ricercatore. Entrambi gli strumenti venivano usati uno dopo l'altro, assicurando meno variazione possibile delle condizioni del paziente. I pazienti inclusi avevano una degenza superiore alle 24 ore. Sono stati inclusi solo pazienti con punteggio RASS ≥ -3 , assicurando che il paziente fosse assolutamente sveglio e non neurologicamente compromesso, poiché questo avrebbe influito negativamente sullo strumento.

Risultati: L'ICDSC e il CAM-ICU erano in accordo per 87 su 100 coppie di misurazioni. In 5 casi il CAM-ICU era negativo, il ICDSC positivo, in 8 CAM-ICU era positivo e l'ICDSC negativo. Il coefficiente kappa di Cohen era di 0.73; 95% CI (0.66; 0.80).

Conclusioni: I risultati del ICDSC tradotto in olandese e del CAM-ICU sono in alta correlazione $p < 0.01$. Lo strumento tradotto più facile da usare, il ICDSC-NL, può sostituire il CAM-ICU. Questo offre agli infermieri olandesi di Terapia Intensiva un metodo alternativo di screening per il delirium in Terapia Intensiva.

Bibliografia:

1. Devlin J. Delirium assessment in the critically ill, (2007) *Int Care Med* 929-940

086

Documentazione del dolore nei bambini prematuri: una revisione retrospettiva su cartelle

Documentation of pain in premature babies: a retrospective chart review

Kirra J. (MNSc), Vehviläinen-Julkunen K. (PhD), Kankkunen P. (PhD)

Pori, Finlandia. Email: jonna.kirra@gmail.com

Obiettivi: L'obiettivo di questo studio è descrivere come gli infermieri documentano il dolore dei neonati prematuri in una terapia intensiva neonatale (NICU). Lo scopo è scoprire come vengono documentati dagli infermieri l'accertamento, la gestione e la valutazione del dolore in follow-up e il coinvolgimento dei genitori.

Metodi: Il setting ha visto bambini prematuri (N=170) in tre NICU dell'ospedale universitario in Finlandia e la loro cartella infermieristica riguardo i primi due giorni di degenza. Il metodo di ricerca è stato uno studio retrospettivo di revisione delle cartelle. I dati sono stati raccolti con uno strumento elettronico di raccolta dati nel 2007 usando uno strumento strutturato per questa ricerca. I dati sono stati analizzati con SPSS 14.0, un programma di statistica di Windows. La relazione tra le variabili di background e l'assistenza infermieristica del dolore nei bambini prematuri è stata studiata usando una tabulazione incrociata e il test del Chi-quadro.

Risultati: La documentazione dell'accertamento del dolore era evidente nel 98% delle cartelle dei pazienti. L'accertamento non era versatile, consistendo per la maggior parte in informazioni sul tipo di comportamento.

Gli strumenti per accertare il dolore sono stati usati raramente e nel 87% dei casi il dolore è stato accertato meno di ogni sei ore. Inoltre, l'accertamento del dolore dovuto a procedure è stato documentato nel 21% su tutti i casi. I neonati pretermine ventilati meccanicamente non erano sottoposti a somministrazione di analgesici nel 15% dei casi. Il follow-up del dolore è stato documentato nel 53% dei casi quando il neonato riceveva sedazione. Il coinvolgimento dei genitori nella gestione del dolore è stato documentato molto raramente. La documentazione della gestione del dolore è stata più frequente nei bambini che nelle bambine.

Conclusioni: La documentazione del dolore è inadeguata e non supporta la continuità o la qualità dell'assistenza infermieristica nel dolore dei bambini prematuri. I risultati di questo studio possono dare un impulso per la pianificazione di interventi formativi riguardo la documentazione del dolore e lo sviluppo di pratiche di documentazione e raccolta dati elettronici per le Terapie Intensive.

088

Le conoscenze e l'idea che gli studenti infermieri hanno delle terapia intensiva e degli infermieri di terapia intensiva

Ideas and knowledge that nursing students have about Intensive Care and intensive care nursing

Neziha Karabulut, Serdar Saritaş

Atatürk Universty, Erzurum, Turchia. Email: nezihek@myynet.com

Obiettivi: l'obiettivo di questo studio è di determinare l'idea e la conoscenza degli studenti di scienze infermieristiche riguardo la terapia intensiva e l'assistenza in terapia intensiva nelle lezioni scolastiche.

Metodi: questo studio è stato condotto tra gli studenti del corso per infermieri del Tokat Health Higher School dell'Università di Tokat Gazi Osman Paşa – Turchia - tra Gennaio 2008 e Marzo 2008. Non è stato utilizzato alcun metodo di campionamento. Sono stati inclusi nello studio 114 studenti volontari di un gruppo di 132 che frequentavano il I, II o III anno. I questionari sono stati valutati con il programma statistico di SPSS11.

Risultati: 77 degli studenti partecipanti allo studio avevano da 21 a 23 anni. 40 studenti erano di IV classe. 87 erano gli studenti diplomati alle scuole superiori senza alcuna formazione vocazionale. 79 studenti hanno dichiarato di aver avuto formazione pratica in varie terapie intensive e l'80% degli studenti che stanno per laurearsi hanno fatto richiesta di lavorare in terapia Intensiva. 104 studenti partecipanti allo studio hanno dichiarato che hanno fatto richiesta volontariamente di andare in terapia intensiva, 63 studenti hanno espresso il desiderio di fare domanda per una terapia intensiva cardio-vascolare. 109 studenti hanno espresso che la principale risorsa di conoscenza sono le lezioni scolastiche. 70 studenti hanno dichiarato di avere parziale conoscenza delle apparecchiature usate in terapia intensiva. Tutti gli studenti partecipanti allo studio hanno dichiarato che gli infermieri di terapia intensiva debbano avere un'educazione specifica, 108 di loro ha espresso l'opinione che gli infermieri di terapia intensiva devono avere la caratteristica di pensare e prendere decisioni etiche, il 99,1% degli studenti ha dichiarato che lavorare in terapia intensiva richiede spirito di squadra. La maggior parte degli studenti partecipanti allo studio hanno dichiarato di fare attenzione alla privacy del paziente e alla comunicazione persino se lui o lei sono in stato di incoscienza.

Conclusioni: mentre gli studenti richiedono volontariamente di andare in terapia Intensiva, purtroppo nonostante la loro volontà di lavorare come infermiere di terapia intensiva le caratteristiche sono in realtà modeste.

089

Le capacità infermieristiche volte alla prevenzione e al trattamento delle ulcere da pressione in Turchia

The nurses' attitudes towards the prevention and treatment of pressure ulcers in Turkey

Gönenç Turan, Ülkü Yapucu Gunes

Ege University, School of Nursing, İzmir, Turchia. Email: ulku.gunes@ege.edu.tr

Obiettivo: Questo studio è stato pianificato come studio descrittivo per determinare l'atteggiamento degli infermieri riguardo le strategie di prevenzione e gestione delle ulcere da pressione.

Metodi: Infermieri addetti all'assistenza in vari reparti di un ospedale universitario di Izmir, Turchia, sono stati invitati a partecipare allo studio. Tutti gli infermieri che si sono presi cura di pazienti con ulcere da pressione erano eleggibili per la selezione. I dati sono stati raccolti usando un questionario con 16 item basato su una revisione della letteratura. Il questionario includeva domande su caratteristiche personali e professionali dell'infermiere, sugli approcci alla prevenzione e gestione delle ulcere da pressione e sui prodotti usati dagli infermieri per il trattamento delle ulcere da pressione. La validità del contenuto è stato stabilito dal consenso degli esperti. Uno studio pilota su 10 infermieri è stato condotto per determinare se gli item del questionario erano di facile comprensione. L'analisi descrittiva statistica è stata eseguita usando il SPSS (versione 11.0).

Risultati: Il campione degli studi è consistito di 120 infermieri. L'età media degli infermieri era di 33 anni. L'intervento infermieristico più frequentemente descritto per la prevenzione delle ulcere da pressione era la postura, uso di lozioni, materassi/superfici e mobilizzazione ad intervalli. Meno frequentemente sono stati nominati ausili per ammortizzare la pressione, mobilizzazione, igiene/idratazione e assunzione di cibo/liquidi. Solo il 30% degli infermieri usavano uno strumento di valutazione del rischio per lo sviluppo di ulcere da pressione; l'88% di questi infermieri usavano la Scala di Braden. Sebbene i metodi tradizionali erano usati più spesso dal 38% degli infermieri per il trattamento delle lesioni al I e II stadio, i prodotti avanzati per la cura delle ferite, come medicazioni endocavitarie, paste di idrocolloidi e prodotti di idrogel, venivano usati nelle lesioni più severe. La soluzione più usata degli infermieri (64%) per la detersione delle ferite era la Soluzione Fisiologica allo 0.9%.

Conclusioni: La conoscenza degli infermieri circa il rischio, la prevenzione e il trattamento delle ulcere da pressione potrebbe venire migliorato.

Bibliografia:

1. Cooper P, Gray D. (2002). Best practice statements pressure ulcer prevention, *Nursing Times* 98:27,34-36.
2. Cortès LL. (1998). The prevention and treatment of pressure ulcers in adults. *Disease Prevention News* 58,1-6.
3. Dolynchuk K, Keast D, Campbell K, Houghton P, Orsted H, Sibbald G, Atkinson A. (2000). Best practices for the prevention and treatment of pressure ulcers. *Wound Management* 46(11),38-52.

093

Meningite purulenta in un bambino

Purulent meningitis in a child

Veronika Jagodic Basic, RN

University Medical Centre, Lubiana, Slovenia.

La meningite purulenta è una malattia acuta e letale che vede numerosi batteri invadere la membrana cerebrale; il 95% delle meningiti purulente è causata dal meningococco, pneumococco e Haemophilus influenzae di tipo B. La meningite purulenta è una patologia severa che può portare a morte. I sintomi iniziali possono essere lievi e aspecifici; il decorso della malattia è molto rapido. Essa si presenta con febbre, brividi, cefalea, fotofobia, malessere, vomito e rigidità nucale. Le meningiti meningococciche possono causare sintomi cutanei come rash petecchiale. Alcune ore dopo l'insorgenza della malattia lo stato mentale può essere alterato. I sintomi nei bambini piccoli, specialmente nei neonati, sono spesso aspecifici. Sono importanti un veloce accertamento e precoce trattamento antibiotico. Le condizioni coinvolgono l'intero organismo e l'assistenza deve avere come obiettivo quello di mantenere tutte le funzioni vitali.

Anche l'infermiere gioca un ruolo importante nel processo di accertamento durante l'osservazione del paziente nella fase acuta e di trattamento del bambino.

094

Cos'è meglio per il paziente, lasciare o rimuovere il volume gastrico residuo aspirato?

What is better for the patient, to return or to discard the gastric residual volume (GRV) aspirated?

Carreño-Granero Avelina, Valls-Miró Consol, Martínez-Estalella Gemma, Domingo-Felici Carmen, Llusà-Finestres Joan, Asensio-Malo Gema, Juvé-Udina M.Eulàlia, Monterde-Prat David

L'Hospitalet de Llobregat, Barcellona, Spagna. Email: agranero70@yahoo.es

Obiettivi: l'obiettivo di questo studio è di determinare l'effetto nei pazienti critici del reintrodurre o eliminare il volume gastrico residuo (GRV) sul ritardo di svuotamento gastrico, sui livelli sierici del potassio, sugli outcome nell'alimentazione e confort del paziente.

Metodi: disegno di studio randomizzato, prospettico, non cieco, trial clinico in una sola terapia intensiva (ICU) ospedaliera, raccolta di dati di 1 anno.

Popolazione: 125 pazienti critici, di oltre 18 anni di età, emodinamicamente monitorati, alimentati con nutrizione enterale o parenterale, che necessitano di controllo del ristagno gastrico a causa delle condizioni cliniche o del trattamento, permanenza in IVU di almeno 48 ore, randomizzati per la reintroduzione o l'eliminazione del ristagno.

Principali misure di outcome: svuotamento gastrico ritardato misurato usando una scala a categorie del totale volume di ristagno. Gli outcome per la nutrizione erano determinate da indicatori d'intolleranza (nausea, vomito, distensione addominale), ritardo nell'alimentazione o potenziali complicanze all'alimentazione

(aspirazione, diarrea, occlusione del sondino). La misurazione dei fluidi ed elettroliti includono, controllo sierico del potassio e glicemia e bilancio idrico. La mancanza di confort è stata determinata attraverso i cambiamenti significativi dei parametri vitali prima e dopo la procedura.

Risultati: i pazienti nel gruppo d'intervento ha mostrato una media totale più bassa di ristagno gastrico ($p=0.01$), severità ed incidenza inferiori per gli episodi di svuotamento gastrico ritardato. Questi risultati sono stati costanti rispetto il tempo (giorno 1, giorno 2, giorno 6). Nessuna significativa differenza è stata trovata per gli altri outcome misurati.

Conclusioni: il risultato di questo studio sostiene la raccomandazione di reintrodurre il contenuto gastrico aspirato per migliorare la gestione del GRV senza aumentare il rischio di potenziali complicanze.

Bibliografia:

1. Booker KJ, Niedringhaus L, Eden B, Arnold JS. Comparison of 2 methods of managing gastric residual volumes from feeding tubes. *Am J Crit Care* 2000 9 (5): 318-24.
2. Pullen RL. Measuring gastric residual volume. *Nursing* 2004; 34: 18.
3. Valls-Miró C, Carreño-Granero A et al. Determinación del volumen gástrico residual: en busca de la mejor evidencia. *Enfermería Intensiva* 2006; 17 (4): 154-62.

099

Un corso interno di reparto sull'elevata dipendenza può migliorare la pratica? Quali sono le percezioni degli infermieri e dei direttori del reparto?

Does a ward based high dependency course improve practice? What are the perceptions from ward nurses and their managers?

Tim Collins, Catherine Plowright, Zoe Andrews, Debbie Higgs, Sally Smith, Philip Woodrow

Anaesthetic Department, Medway NHS Foundation Trust, Gillingham, Gran Bretagna.

Email: catherine.plowright@nhs.net

Contesto: il Critical Care Network Ward Teachers (NeWTs) Group è nato nel 2005. Questo gruppo lavora attraverso il Kent & Medway Critical Care Network che è in Inghilterra. L'obiettivo di questo gruppo include il miglioramento della formazione per il personale di reparto, lo sviluppo della filosofia di condivisione per la formazione di base dell'area critica, lo sviluppo di strategie che assicurano che un'efficace formazione sia fornita, che informi e consigli sulla formazione, conoscenza e abilità cliniche pertinenti al paziente acuto. C'è un programma formativo disponibile di 5 – 6 giorni di corso indirizzato al personale sull'assistenza al paziente acuto. L'obiettivo del corso è di fornire agli infermieri la conoscenza e abilità necessarie a identificare e gestire il malato in reparti per critici/acuti nell'ambiente di reparto.

Obiettivo: l'obiettivo di questo audit è stato di scoprire:

- Se frequentare il corso ha migliorato la pratica infermieristica nell'assistenza dei pazienti acuti in reparto.
- Se i coordinatori hanno percepito il miglioramento nella pratica assistenziale degli infermieri che hanno frequentato il corso.

Risultati: il questionario è stato spedito a 270 infermieri e 100 coordinatori di 7 ospedali nel 2006. Il criterio di inclusione prevedeva tutti i partecipanti del corso tra il 2003 e 2005 e coordinatori dell'ospedale.

La percentuale media di risposta è stata del 25% e per i coordinatori del 33%. I risultati hanno rivelato che il 91% dei partecipanti e il 100% dei coordinatori avevano percepito il miglioramento della pratica clinica dopo il corso nell'assistenza ai pazienti acuti e il 92% dello staff ha affermato che era migliorata la fiducia.

Implicazioni: le implicazioni pratiche includono che è più probabile che l'infermiere solleciti un intervento intensivo e riferisca il peggioramento delle condizioni del paziente più precocemente se ha frequentato il corso. Inoltre lo staff ha percepito un aumento fiducia in sé quando trattava con pazienti critici o acuti nell'ambiente di reparto.

Bibliografia:

1. Department of Health 2000 Comprehensive Critical Care – A review of critical care services. DoH London.
2. Department of Health 2003 Critical Care Outreach – Progress in developing services DoH London.
3. National Institute for Clinical Excellence 2007 Acutely Ill Adult Patients in Hospital: recognition of and response to acute illness in adults in hospitals. NICE London.

101

“Sepsi multiresistente” all'ospedale Royal Berkshire, un approccio di gruppo per implementare le linee guida evidence based

“Surviving Sepsis” at the Royal Berkshire Hospital (RBH) a team approach to implementing evidence based guidelines

Karin Gerber

Royal Berkshire NHS Foundation Trust, Reading, Gran Bretagna. Email: karingerbersa@hotmail.com

Contesto: a causa della propria natura multifattoriale e aggressiva, la sepsi è un'assassina rapida. La mortalità associata alla sepsi severa rimane inaccettabilmente alta: 30 – 50%. Quando è presente lo shock, la mortalità viene riportata persino più alta: 50 – 60%. La rapidità nella diagnosi e gestione della sepsi sono vitali per il successo del trattamento. La International Surviving Sepsis Campaign è sorta per contribuire ad affrontare la sfida della sepsi e migliorare la sua gestione, diagnosi e trattamento. Il suo obiettivo è quello di ridurre la mortalità del 25% entro il 2009.

Obiettivo: determinare la diffusione del problema e del tasso di mortalità al Royal Berkshire Hospital (RBH) ed in seguito ai dati raccolti, sviluppare un piano d'azione per fornire un'assistenza basata sulle evidenze ai pazienti con sepsi per salvar loro la vita.

Risultati: coinvolgere un team multiprofessionale ha portato a cambiamenti positivi nella pratica al Trust. Buona comunicazione e coordinazione hanno minimizzato i doppi lavori portando a un uso efficiente delle limitate risorse. Tramite audit incoraggianti in diverse aree cliniche abbiamo identificato le aree di buona

pratica complianti con il piano di cura della sepsi, e altri che necessitano di ulteriore attenzione. Entro dicembre 2006 sono stati raccolti dati su 1496 pazienti, 162 presentarono segni di sepsi severa, dimostrando scarsa compliance con alcuni degli elementi del programma:

- Solo 89 (55%) furono sottoposti a emocoltura in qualsiasi momento della degenza.
- 59 (36%) non furono sottoposti al prelievo per monitorare l'acido lattico.
- 3 avevano un catetere venoso centrale in situ ma non fu mai monitorato.

La mortalità complessiva è stata del 27%.

Implicazioni: come una campagna internazionale ha introdotto principalmente nelle terapie intensive, il nostro approccio innovativo di portare la campagna e l'implementazione delle linee guida fuori dalle terapie intensive ha portato i seguenti risultati:

- Migliore formazione del personale
- Uso appropriato delle risorse
- Standardizzazione della pratica

103

Applicazione con successo di un sistema di valutazione del delirio in terapia intensiva

Successful implementation of a delirium assessment tool in the ICU

M. v.d. Boogaard¹, P. Pickkers¹, H. v.d. Hoeven¹, Th. v. Achterberg², G. Roodbol³, L. Schoonhoven².

Dept. of Intensive care¹, Dept. for Quality of Care², Dept. of Psychiatry³, Radboud University Medical Centre Nijmegen, Olanda. Email: m.vandenboogaard@ic.umcn.nl

Obiettivo: nei pazienti critici il delirio è un disturbo serio e frequente. Come la precoce individuazione del delirio è importante per un trattamento adeguato, così è necessario uno screening di routine. Lo screening per il delirio dovrebbe essere eseguito frequentemente e l'affidabilità dei periodi fra le rilevazioni (IRR) deve essere alta. L'obiettivo di questo studio è stato di implementare il metodo validato di accertamento della confusione in Terapia Intensiva (CAM-ICU), con l'obiettivo di ottenere un punteggio > a 80%, un IRR > 0.80 e un alto livello di conoscenza riguardo il delirio.

Metodi: La strategia di implementazione si è focalizzata sui potenziali ostacoli per lo screening con il CAM-ICU. Noi abbiamo integrato il CAM-ICU per il sistema di gestione dei dati dei nostri pazienti (PDMS). Ogni paziente doveva essere accertato una volta per turno, se ciò non avveniva appariva una pop-up sulla finestra del PDMS. Gli infermieri facilitatori del progetto hanno dato ulteriori istruzioni e spiegazione in ICU. Inoltre, il CAM-ICU veniva fornito regolarmente. Il punteggio è stato calcolato in rapporto paziente/giorni. Il punteggio IRR fu ottenuto calcolando la Kappa di Cohen. Per accertare il livello di conoscenza (su scala da 1 a 10), tutti gli infermieri di Terapia Intensiva sono stati sottoposti a un test prima del corso e un post-test 4 mesi dopo.

Risultati: 78 pazienti furono sottoposti a screening con IRR. Nel primo mese fu 0.78 (N=25, 95%CI:0.5-1.0). Dopo un corso intensivo sul campo e relativo feedback, l'IRR è aumentato considerevolmente a 0.89 (N=47,95%CI:0.75-1.0). Il punteggio del CAM-ICU aumentò dal 77% al 92%. Il livello di conoscenza degli infermieri aumentò dal 6.2±1.7 al 7.4±1.2 (p=0.0001).

Conclusioni: confezionare su misura la nostra strategia di implementazione in ICU ha avuto successo. L'obiettivo principale è stato ottenuto in un tempo relativamente breve. L'individuazione precoce del delirio con il CAM-ICU è diventata una componente standard dell'assistenza quotidiana dei nostri infermieri di Terapia Intensiva e contribuisce alla qualità di cura.

105

Gestione delle sepsi severa attraverso un percorso clinico per il ricovero del paziente dal pronto soccorso alla rianimazione

Management of severe sepsis with clinical pathway for recovered patients from Emergency Department to High Dependency Unit

Patrizia Signoroni, A. Misuri, O. Marchi, G. Ruggiano
Firenze, Italia. Email: patrizia.signoroni@asf.toscana.it

Contesto: la terapia diretta a un obiettivo precoce (early goal-directed therapy EGDT) ha mostrato ridurre la mortalità in pazienti con sepsi severa. Tuttavia l'EGDT non è ancora adottato ampiamente nella pratica. L'uso di un percorso clinico (CP) nella sepsi severa è appropriato per una collaborazione efficace tra Pronto Soccorso e Rianimazione per migliorare gli outcome. Presentiamo il nostro percorso clinico per identificare i pazienti con sepsi e migliorare il coordinamento tra tutti i reparti ospedalieri.

Obiettivo: il nostro CP è uno strumento che permette una coordinazione clinica, riducendo così la variabilità inter-clinica e migliorando la gestione del paziente. Con il CP è possibile misurare le variabili nei processi di assistenza e gli outcome attraverso la creazione di indicatori.

Risultati: il percorso comincia in Pronto Soccorso ed è basato su una degenza media di 3 giorni. Gli outcome attesi sono delineati nell'ultima parte del percorso. La somministrazione precoce di una corretta antibiotico-terapia, efficace controllo della fonte, obiettivo diretto alla rianimazione emodinamica, mantenimento di un livello glicemico normale sono obiettivi che possiamo raggiungere con il CP.

Il ruolo dell'infermiere di area critica nell'accertamento e gestione della sepsi severa è molto importante e può notevolmente migliorare gli outcome per il paziente con questa patologia.

Conclusioni: il CP è molto utile per migliorare gli outcome attraverso un metodo e una guida per coordinare la gestione e ridurre la frammentazione e, infine, i costi. E' inoltre importante formare i nuovi membri del personale. Infatti, ciò determina le essenziali categorie di trattamento e assistenza: chi fa cosa e quando.

106

Miglioramento della cura dell'occhio per i malati di una terapia intensiva italiana

Improving eye care for patients in an Italian intensive care unit

Maronese Barbara

Ospedale "S: Maria della Misericordia", Pordenone, Italia. Email: sbarbi79@libero.it

Scopo: Ridurre o prevenire le complicanze oculari attraverso la pratica infermieristica.

Metodo: Nelle unità di terapia intensiva parecchi rischi possono verificarsi agli occhi dei pazienti (ad es. elevato rischio di ulcerazione della cornea), i più vulnerabili sono quelli che ricevono farmaci sedativi, anestesia e/o curaro e/o in ventilazione meccanica. In questa situazione la normale attività oculare è inefficace. Perciò è necessario per gli infermieri prevenire le possibili complicanze oculari. Secondo la letteratura, la cura dell'occhio è ritenuta un elemento della pratica infermieristica di base, anche se purtroppo raramente effettuata.

Risultati: Questa procedura applicata nell'Unità Operativa di Terapia Intensiva di Pordenone ha dimostrato una riduzione delle complicanze oculari come cheratiti o congiuntiviti.

Implicazioni: Infermiere e team di supporto sono stati formati a riconoscere precocemente i segni e i sintomi dei problemi relativi alla cura oculare. In un secondo momento sarà opportuno realizzare un protocollo operativo da applicare nelle specifiche procedure ed uno strumento di valutazione di verifica dell'efficacia.

Bibliografia:

1. Suresh P, Mercieca F, Morton A, Tullo AB. Eye care for the critically ill. *Intensive care med* (2000) 26; 162-166;
2. Dawson D. Development of a new eye care guideline for critically ill patients *Intensive and critical care nursing* (2005) 21, 119-122
3. AAVV. Evidence based practice information sheets for health professionals. *Best practice*, vol.6,1; 2002.

107

Valutazione del dolore in Pronto Soccorso

Pain assessment in an Emergency Department

Hatice Aşık, Ülkü Yapucu Güneş

Ege University School of Nursing, Izmir, Turchia. Email: ulku.gunes@ege.edu.tr

Scopo: Lo scopo di questo studio era quello di valutare il dolore del paziente in un'unità operativa di emergenza di un ospedale statale.

Metodo: Questo studio descrittivo fu effettuato nel periodo di giugno-agosto 2007 nel pronto soccorso dell'ospedale statale della città di Izmir, Turchia. Tutti i pazienti che lamentavano dolore furono inseriti nello studio. Furono esclusi i pazienti che non comprendevano le domande, se avevano meno di 18 anni, o se giungevano per un successivo appuntamento. Fu chiesto loro di partecipare dopo aver effettuato la registrazione amministrativa fatta dal ricercatore e dopo aver ricevuto informazioni orali e scritte sullo studio. Ogni paziente fu intervistato utilizzando un questionario strutturato dal ricercatore utilizzando 25 quesiti all'arrivo e prima della dimissione. Il questionario chiedeva informazioni rispetto a dati socio-demografici e caratteristiche del dolore all'arrivo. Inoltre il questionario valutava le misure di cura medico ed infermieristiche (trattamenti analgesici ed altri interventi palliativi del dolore) ed una valutazione del livello di soddisfazione del paziente. Il dolore è stato misurato all'arrivo e prima della dimissione dal pronto soccorso, utilizzando la scala visiva analogica VAS. Con la scala VAS i pazienti stimarono il dolore tra 0 (non dolore) e 10 (massimo dolore). I dati furono analizzati utilizzando test descrittivi, t test, X2 test, analisi di varianza.

Risultati: Dei 350 pazienti partecipanti allo studio, età media 36 anni, 59% di questi erano uomini. Il 52% dei pazienti aveva preso analgesici prima dell'arrivo in pronto soccorso. Il dolore era la ragione primaria per l'accesso al pronto soccorso per 256 pazienti con dolore (73%). Il punteggio della scala di Vas per gli uomini era di 8.02+2.04 all'arrivo, ed era di 6.26+ 2.78 alla dimissione. Il 77% ha ricevuto analgesici durante la permanenza in pronto soccorso. 79% dei pazienti con dolore all'arrivo rimasero con il dolore irrisolto alla dimissione. Il punteggio del dolore rimase invariato per il 71% dei pazienti, aumentato nel 6% dei casi, diminuito nel 23% dei casi.

Conclusione: Anche se il dolore viene identificato, la valutazione e la gestione rimangono inadeguate.

108

Opinione degli studenti infermieri riguardo al lavorare in Terapia Intensiva dopo il diploma

Opinions of the nursing students about working in the Intensive Care Units after graduation

Sevim Çelik, Assist.Prof., PhD, RN, Funda Veren, MSc, RN,

Zonguldak Karaelmas University, School of Nursing, Zonguldak, Turkey. Email: verfun2000@yahoo.com

Scopo: Questo studio descrittivo fu effettuato per determinare la ricerca di una carriera in terapia intensiva e fattori che influenzano questa scelta negli studenti in una scuola di infermieristica in Turchia.

Metodo: Circa 202 di 224 studenti di infermieristica del 2°- 3°- 4° anno immatricolati nella primavera del 2007-2008 furono coinvolti in questo studio. Gli studenti del primo anno furono esclusi da questo studio dato che essi non stavano ancora frequentando corsi di infermieristica al momento della ricerca. I dati vennero raccolti utilizzando un questionario.

Risultati: Circa il 59.4% degli studenti avevano tra i 22 e i 24 anni e il 63.4% degli studenti erano femmine, il 41% di loro era del terzo anno e il 39.4% era del quarto anno. Gli studenti di infermieristica (76.7%) hanno appreso l'infermieristica in area critica solo in teoria in quanto come lezione didattica non era ancora compresa nel curriculum infermieristico in area critica. Il 92.6% degli studenti mise in pratica nelle unità di terapia intensiva ciò che aveva appreso da altre lezioni. Circa il 55.9% degli studenti affermò che non avrebbero voluto lavorare in terapia intensiva perché era stancante (39.8%) e non piaceva loro l'ambiente di lavoro

(26.5%). In controtendenza gli studenti del 4° anno che pensando ad una carriera nei reparti (46.2%) e volendo lavorare in una terapia intensiva, affermarono che la terapia intensiva avrebbe fornito esperienza (30.3%) e soddisfazione (28.1%).

Conclusioni: la maggior parte degli studenti analizzati in questo studio si dimostrarono interessati all'infermieristica in area critica ma essi non pensavano ad una carriera in area critica poiché ritenevano che lavorare in terapia intensiva fosse un ambiente di lavoro stressante e stancante.

Bibliografia:

1. Dekeyser G, Kahana S. Perceptions of Israeli student nurses regarding clinical specialties and factors that influence these perceptions. *J Adv Nurs* 2006;56:88-98.
2. Kloster T, Hoie M, Skar R. Nursing students' career preferences: a Norwegian study. *J Adv Nurs* 2007;59:155-62.
3. Rognstad MK, Aasland O, Granum V. How do nursing students regard their future career? Career preferences in the post-modern society. *Nurse Education Today* 2004;24:493-500.

109

Come gestire la rianimazione cardiopolmonare e la defibrillazione in caso di arresto cardio respiratorio in soggetto con petto scavato che ha subito un intervento correttivo secondo la tecnica NUSS

How to manage the cardiopulmonary resuscitation and the defibrillation in case of cardio-respiratory arrest in subjects with pectus excavatum undergoing a corrective operation according to the NUSS technique

Viacava Rosanna

Genova, Italia. Email: rosanna.viacava@alice.it

Esperienza: Petto scavato, uno delle malformazioni toraciche più frequenti, di eziologia ignota e con incidenza maggiore negli uomini. Inoltre, è correlata a patologie come scoliosi e sindrome di Marfan, quest'ultima già presente nel primo anno di vita. Nel 1998 Nuss introdusse una nuova tecnica mini-invasiva di riparazione toracica che consiste di una barra di metallo intratoracica posta a livello sternale e capace di premere dall'interno all'esterno lo sterno permettendo la regolazione del difetto. L'introduzione della tecnica Nuss e il successo estetico e funzionale hanno dato effetto positivo in molti pazienti affetti da petto scavato e sottoposti a questa tecnica. Quando al paziente dimesso viene fornito un certificato attestante l'applicazione della barra e viene raccomandato uno stile di vita sano per ridurre traumi che potrebbero richiedere una manovra di rianimazione. Lo scopo della rianimazione cardiopolmonare e della defibrillazione è il supporto della circolazione e della respirazione dei pazienti mediante l'esecuzione di compressioni toraciche sul cuore: in questo caso sarebbero difficoltose perché la barra determinerebbe un ostacolo impedendo le compressioni.

Scopo: E' importante formare tutti i responsabili del primo soccorso rispetto a tecniche rianimatorie e defibrillatorie efficaci in pazienti con barra intratoracica (master line ILCOR); questo perché ci stiamo confrontando con una tecnica innovativa la quale riguarda i giovani. Tali pazienti possono richiedere rianimazione cardiopolmonare per problematiche cardiache associate a malformazione toraciche ed eventi traumatici.

Risultati: Conformare RCP alle richieste dei pazienti con barra impiantata. Dal 06/2005 al 01/2008; su 72 pazienti, 21 presentavano prollasso della mitrale e 2 TSV. Ci fu una morte per asistolia dove il personale sanitario, inadeguatamente preparato, fu incapace di rianimare il paziente.

Implicazioni: L'esperienza italiana è ancora limitata ma abbiamo osservato che una corretta applicazione dei protocolli e un adeguato training dello staff dell'emergenza possono prevenire i risultati negativi della RCP dei pazienti con barra intratoracica impiantata.

Bibliografia:

1. Kelly RE, Croitoru DP, Katz ME. A 10 year review of minimally invasive technique for the correction of pectus excavatum. *J Pediatr Surg* 33-49.545,1998.
2. Picton P, Walker D, White N, Deakin CD. Cardiopulmonary resuscitation following minimally invasive repair of pectus excavatum (Nuss technique) Elsevier Resuscitation 57 (2003) 309-310.

111

Il sistema delle visite nelle unità di Terapia Intensiva della Lombardia

Visiting policies in the intensive care units (ICUs) of Lombardia

Colellabella Marco , Lucchini Alberto.

Sedriano, Italia. Email: colecocole@alice.it

Contesto: Molti studi hanno comparato le unità di terapia intensiva aperta a quelle chiuse e dimostrato che le prime sono più disponibili ai bisogni dei pazienti e dei familiari.

Scopo: analizzare il sistema degli accessi-visite nelle unità di terapia intensiva.

Metodo: Intervista telefonica a 57 ICUs.

Risultati: Il 61% delle T.I. permette l'accesso ai visitatori due volte al giorno, 35% solo una volta. Il 40% apre le porte per più di un'ora e il 49% riporta che i visitatori possono stare vicini al paziente per più di due ore. Nel 37% delle terapie intensive non ci sono limiti nel numero di visitatori che possono entrare nelle stanze di degenza, ma circa il 60% delle terapie intensive permette solo al massimo 3 visitatori per turno.

Una procedura di vestizione è obbligatoria per accedere alle terapie intensive; nel 91% delle terapie intensive è obbligatorio abbigliamento adeguato, copriscarpe nell'88% dei casi, cuffia nel 37%, maschera nel 33% (in caso di necessità 60%), guanti nel 5%. Nel 7% delle terapie intensive i visitatori possono parlare con chi si prende cura del paziente non ad orari fissi. Lo psicologo non è disponibile nel 70% delle terapie intensive.

Conclusioni: Le terapie intensive in Lombardia sono strutture chiuse.

117

Poster informativo per i parenti dei pazienti critici

Informative poster for critical patients' relatives

Maqueda Palau M¹, Pérez Juan¹, Ripoll Uribe M¹, Zaforteza Lallemand C², Amorós Cerdá SM1¹, Antonell Morro A¹, Arévalo Rupert M¹, Bermejo González MV¹, Cano Vigueras P¹, Femenia Serra E⁶, Herrera González MD⁴, Merchante Zafra MC⁶, Miró Quiles E⁴, Payeras Barceló I⁶, Pérez Carbonell C⁴, Rey Martínez MC⁶, Ribas Nicolau B⁴, Rodríguez Puertas MG⁴, Sánchez Hernández MD⁴

¹Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca; ²Universitat de les Illes Balears. Isole Baleari. Spagna.
Email: sylvia.amoros@ono.com

Contesto: Stiamo conducendo un'azione partecipata per un progetto di ricerca (PAR) in una terapia intensiva in Spagna che incoraggia lo scambio culturale per perfezionare la presa in carico dei parenti dei pazienti della terapia intensiva. Sono state proposte dai partecipanti quattro strategie specificamente adattate. Una di queste è un poster informativo indirizzato a migliorare l'attesa dei parenti durante l'ammissione del paziente in terapia intensiva.

Scopo: Perfezionare le informazioni fornite ai parenti, ridurre il loro stato di agitazione-ansietà, capire come un processo riflessivo possa promuovere la creazione di strategie atte a migliorare le cure infermieristiche.

Metodi: Metodo qualitativo, PAR design. Quattro gruppi per la maggior parte integrati allo staff della terapia intensiva e coordinati da un ricercatore, iniziarono a lavorare su ogni strategia. Nel gruppo che ha creato il poster, tre rappresentanti svilupparono gruppi focus, ognuno composto da 4-5 persone. Il poster fu creato nella forma e nei contenuti tenendo presente i risultati delle sessioni di brainstorming e dai feedback di consenso. I partecipanti erano volontari.

Risultati: L'informazione che si voleva trasmettere era la seguente: chi siamo, cosa facciamo, come la terapia intensiva lavora, dinamiche per l'ammissione al reparto, ambiente lavorativo, chi fornisce le informazioni. Sono state fatte diverse versioni, cambiando gradatamente il linguaggio da tecnico e freddo a empatico, chiaro, umano, in modo da sottolineare che il nostro compito è di assistere e aiutare i familiari e i pazienti. La nostra migliore cura è dar loro la nostra disponibilità a consultarci quando ne abbiano necessità senza limitazioni. Fu deciso che il poster fosse posizionato nella sala d'attesa e fu tradotto in spagnolo, inglese e catalano.

Conclusioni: I partecipanti sentirono il bisogno di approcciare e relazionarsi con i parenti dei pazienti della terapia intensiva. La metodologia PAR è un modo adeguato di definire cure centrate sul paziente e riflessioni sulla pratica clinica che potrebbe richiedere un cambiamento. Il prossimo progetto valuterà l'impatto del poster con professionisti, pazienti e parenti.

Bibliografia:

1. Kemmis S, McTaggart R (2005). Participatory action research: communicative action and the public sphere. En: Denzin NK, Lincoln YS (eds). Handbook of qualitative research (3^a ed). Thousand Oaks: Sage.
2. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. Journal of Clinical Nursing; 14: 501-509.
3. Registered Nurses' association of Ontario (2006). Client centered care (rev. suppl). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

119

Implementazione ed avviamento della Sala Operatoria del Distretto Zahle Bekaa: formazione di base sulla gestione degli operatori di 140 sale operatorie (assistenza pre-ospedaliera) in Libano

Implementation and starting up of the Operation Room in Zahle Bekaa Valley District: basic training on management of operators involved in the 140 Operation Room (pre-hospital care) in Lebanon

Grazia Marcianesi Casadei, Slivia Bruletti, Silvia Scelsi

Roma, Italia. Email: mc.grazia@tiscali.it

Scopo: Questo progetto vorrebbe descrivere l'implementazione delle linee-guida pre ricovero e l'organizzazione del sistema di emergenza nella valle di Bekaa del Libano, con lo scopo di far funzionare la sala operatoria.

Metodi: In accordo con il progetto CISP del paese, ARES 118 supportò i volontari della Croce Rossa del Libano – LRC - nell'educazione e nella supervisione delle attività secondo la linea guida internazionale della cura pre-ospedaliera.

Risultati: Conoscenza base della formazione della gestione delle missioni di emergenza nel campo e il verbale giornaliero dei primi tre mesi di attività. Tutti gli operatori parteciparono alla formazione portando le loro abilità tra il 75% e il 100%. Tutti loro attuarono le linee guida nelle attività giornaliere.

Conclusioni: La sala operatoria nella valle di Bekaa iniziò attività giornaliera come programmato nella proposta di progetto.

122

L'effetto della pressione sulla formazione degli ematomi nelle punture sottocutanee di eparina

The effect of pressure on the formation of bruising in subcutaneous heparin injection

Ayten Zaybak

Ege University School of Nursing, İzmir, Turchia. Email: ayten.zaybak@ege.edu.tr

Scopo: L'intenzione di questo studio è di analizzare gli effetti della durata della pressione applicata dopo l'iniezione, nella formazione di ematoma dopo iniezione sottocutanea di eparina.

Metodo: I campioni dello studio furono 38 pazienti adulti ai quali venne iniettata eparina sottocutanea.

Nel campionamento ogni individuo era incluso sia nel gruppo sperimentale che nel gruppo controllo. Durante l'iniezione furono usate entrambe le parti dell'addome del paziente. La pressione sulla superficie cutanea fu

applicata per 10 secondi nella zona addominale destra e fu mantenuta la compressione nella zona di sinistra per 60 secondi dopo iniezione di eparina sottocutanea. Le aree nelle quali la compressione fu mantenuta per 10 secondi furono incluse nel gruppo controllo e le aree in cui fu applicata una compressione di 60 secondi furono definite gruppo applicazione. La formazione dell'ematoma dopo iniezione di eparina sottocutanea e la dimensione dello stesso furono valutati dopo 60 ore dall'iniezione, le dimensioni dell'ematoma nell'area di iniezione di eparina furono misurate utilizzando un righello trasparente millimetrico di carta. L'approvazione dello studio venne ottenuta dal comitato di bioetica della scuola per infermieri dell'università di Ege e dagli ospedali che parteciparono a questo studio. I risultati vennero analizzati utilizzando un test chi quadro, MannWhitney U, Wilcoxon definirono i gradi dei test e le correlazioni.

Risultati: 54.5% dei pazienti sono donne e l'età media è di 50.30 ± 11.52 . I tassi di formazione dell'ematoma dopo iniezione di eparina sottocutanea furono del 47.4% nel gruppo applicazione e del 52.6% nel gruppo controllo e una significativa differenza non fu trovata tra i gruppi ($\chi^2=805, p>0.05$). I risultati delle dimensioni degli ematomi furono tra 26.18 e 54.45 mm^2 nel gruppo di applicazione e di $46.18 \pm 133.59 \text{ mm}^2$ nel gruppo controllo e una significativa differenza non fu trovata tra i gruppi ($Z=130, p>0.05$).

Conclusione: Alla fine della ricerca fu notato che la pressione esercitata sul punto di iniezione di eparina sottocutanea non influenzava la formazione di ematoma.

Bibliografia:

1. Beyea SC, Nicoll LH. 1996. Subcutaneous administration of heparin: an integrative review of the research, *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 3(1).
2. Chan, H. 2001. Effects of injection duration on site pain intensity and bruising associated with subcutaneous heparin, *Journal of Advanced Nursing*, 35(6), 882-892.
3. Kuzu N. 1999. Subkütan heparin enjeksiyonu- ekimoz, hematoma ve ağrı nasıl önlenir? *Cumhuriyet University. Journal of School of Nursing*, 3(2):40-46.

123

Valutazione di un modulo di apprendimento misto nelle cure critiche ed emergenze: il punto di vista degli studenti

An evaluation of a blended learning module in acute critical and Emergency care: the students perspective

Diane Standring, Helen Cox

University of the West of England, Bristol, Gran Bretagna. Email: diane.standring@uwe.ac.uk

Contesto: Sono stati ridisegnati dei moduli di formazione tradizionale in area critica ed emergenza in un formato di apprendimento rimescolato in modo da massimizzare le potenzialità della parte di apprendimento condiviso, flessibilità di accesso degli studenti e del rapporto costi/benefici (Farrel 2006).

Il modulo comprende il 50% della classe e il 50% di apprendimento basato sul web. Sono stati ignorati i confini classici dei corsi clinici e, quello che era stato in passato di dominio esclusivo del nursing è stato ampliato a comprendere qualunque professionista della salute.

Allo stesso modo la base di lavoro si è allargata nella diversificazione adottando il concetto di assistenza critica come bisogno del paziente e non in quanto luogo (in cui avviene l'assistenza).

Questa presentazione esplorerà le percezioni degli studenti del modulo, l'estensione del loro apprendimento, la facilità di accesso, l'utilizzo di gruppi di discussione, quiz e altro materiale on-line. La soddisfazione dei discenti è critica rispetto al successo dell'apprendimento ((Nian - Shing, Kan Min & Kinshuk 2008). Le differenze tra chi studia a livello tre e livello intermedio potranno essere anche esse esplorate poiché anche Rovai et al (2007) hanno trovato che studenti neolaureati hanno forti motivazioni che possono avere influenza sulla soddisfazione dello studente.

Scopo: Esplorare le esperienze degli studenti che hanno completato un modulo di apprendimento in area critica, acuta e d'emergenza, utilizzando un modello di apprendimento misto.

Risultati ed applicazioni per la pratica: I questionari di valutazione sono stati completati. Il campione era composto da professionisti di esperienze in campo clinico molto differenziate. Devono essere considerate sia l'analisi di dati tematici che sta continuando, che le implicazioni per la pratica e la formazione.

Bibliografia:

1. Farrell M. (2006) Learning differently: e learning in nurse education *Nursing management* 13 (6) 14-17.
2. Nian-Shing C, Kan-Min L. (2008) Analysing users' satisfaction with e-learning using a negative critical incidents approach. *Innovations in education and teaching international* 45(2) 115-126.
3. Rovai A et al (2007) A comparative analysis of student motivation in traditional classroom & E learning courses. *International Journal of E-Learning* 6 (3) 413-432.

131

Risposta ospedaliera ad un incidente maggiore: l'importanza dell'organizzazione a "cascata gerarchica" dello staff infermieristico come indicato dall'HMIMMS

In-hospital response to a major incident: the importance of a "cascading hierarchy" organization of nursing staff, as put forward by HMIMMS

Stefania Moio, Marco Botti, Grazia Marcianesi, Cinzia Lamberti, Michele Michelutti

Torino, Italia. Email: coordinator@alsg-italia.org

Contesto: L'evento di casualità multiple, che si presentano simultaneamente con un forte impatto nell'assistenza medica, fanno in modo di massimizzare il miglior esito per i pazienti. Questi eventi rientrano nella categoria generale di incidenti maggiori. Le decisioni devono essere prese tenendo in considerazione le risorse disponibili in termini di assistenza medica ed infermieristica e in termini di equipe disponibili, iniziando dal contesto extraospedaliero e continuando nel pronto soccorso. Iniziando nel 2004, il corso MIMMS fu importato in Italia per formare medici ed infermieri per apportare una migliore organizzazione con queste

situazioni in fase pre-ospedaliera. Nel 2006, il HMIMMS (hospital MIMMS) venne introdotto anche per estendere i principi del MIMMS nella gestione intra ospedaliera dei casi simultanei.

Il HMIMMS è stato adottato dall'ospedale "le Molinette" di Torino per formare il suo staff. I principi insegnati nel corso vennero introdotti nello sviluppo del piano ospedaliero degli incidenti maggiori (PEIMAF).

Scopi: Mostrare il ruolo centrale di una organizzazione gerarchica del gruppo infermieristico durante la risposta ad incidente maggiore, in modo da massimizzare lo sfruttamento di risorse disponibili dalla prima fase di risposta fino a costruire gradatamente la risposta fino alle sue migliori capacità.

Risultati e implicazioni: Lo staff infermieristico soprattutto quello del pronto soccorso, è uno dei pilastri in una risposta ospedaliera in caso di incidente maggiore con gran numero di pazienti che si presentano al pronto soccorso. L'introduzione del concetto di "gerarchia a cascata" all'interno dello staff infermieristico, permette - ad iniziare fin dal primo momento di inizio dall'evento - una risposta strutturata, ordinata, efficace nel caso in cui un incidente maggiore coinvolga l'ospedale.

134

La salute associata alla qualità di vita dopo terapia intensiva: due anni di studio in una terapia intensiva chirurgica di Sodersjukhuset, Stoccolma

Health related quality of life after Intensive Care: a two year consecutive study at the surgical intensive care unit of Sodersjukhuset, Stockholm

Mikael Wiklund RN¹, Johanna Ulfvarson RN, PhD^{1,2}

¹Sodersjukhuset, ²Karolinska Institute, Stockholm, Svezia. Email: mikael.wiklund@sodersjukhuset.se

Scopo: Lo scopo di questo studio era indagare come i pazienti della terapia intensiva chirurgica valutavano il loro ricovero e la qualità di vita in termini di salute durante il primo anno dopo la dimissione dalla terapia intensiva chirurgica.

Metodi: Il questionario sanitario SF-36 è stato distribuito a 3, 6 e 12 mesi dalla dimissione dalla terapia intensiva. Durante l'intervallo dello studio tra novembre 2004 sino a ottobre 2006 ci furono 49 adulti che incontrarono i criteri di inclusione: più di 5 giorni di terapia intensiva e un'età superiore ai 18 anni. L'età media era 62 anni, variando da 19 a 87 anni. Il 65% erano maschi, il 35% femmine. Ricevettero cure intensive per una media di 14 giorni.

Risultati: In questo studio la qualità di vita dei partecipanti aumentò durante le tre valutazioni consecutive a 3, 6 e 12 mesi dopo la terapia intensiva. Comparata alla popolazione svedese in generale, le differenze maggiori si rilevarono nelle sotto scale di Funzionalità Fisica e di Funzione di ruolo di Disabilità Fisica. Ci fu un aumento statisticamente significativo tra il terzo e il dodicesimo mese di rilevazione, evidente nelle sotto scale di Funzione Vitale e Sociale. Il valore per la Salute Mentale era inizialmente alto, e il minimo incremento fu statisticamente insignificante.

Conclusioni: La disabilità fisica fu il fattore negativo più importante nel compromettere la qualità della vita nel primo anno dopo il ricovero in terapia intensiva.

Altri fattori negativi riportati erano ridotti contatti sociali e sensazioni di ridotta vitalità. Dall'altro lato i due fattori positivi principali furono anche la Funzione Sociale e la Vitalità.

La terapia intensiva dovrebbe essere di beneficio ai pazienti! E' perciò importante studiare la qualità di vita dopo la terapia intensiva. Risultati come questi danno lancio nuova luce sui pazienti di terapia intensiva sin dalla dimissione, e aiutano a fornire loro un'assistenza delle più umane e benefiche.

135

Analisi della contenzione fisica del paziente ricoverato in Terapia Intensiva attraverso l'uso di due differenti scale di valutazione della sedazione

Analysis of the physical restraint of hospitalized patients in intensive therapy using two different evaluative scales of the sedation

M.A. Fumagalli¹, V. Acerboni², A. Lucchini³, L. Pelucchi⁴

¹Hospital "A. O. Ospedale Niguarda Ca' Granda" Milano, ² Hospital "A. O. V. Buzzi-Istituti Clinici di Perfezionamento" Milano, ³ Hospital "A. O. San Gerardo" Monza, ⁴"S. Pertini" ASL Garbagnate Milanese, Italia. Email: mettalaris@tele2.it

Abbiamo analizzato con uno studio la contenzione fisica dei pazienti ospedalizzati in due anni nel Dipartimento di Terapia Intensiva dell'ospedale "S.Gerardo" di Monza, mettendo a confronto due scale validate per la sedazione (Scala di Ramsay utilizzata nel 2006 e Scala di Rass nel 2007). Sono stati valutati 66 pazienti ospedalizzati: 27 pazienti sono stati contenuti fisicamente. L'età dei pazienti variava da 2 a 86 anni (media 62). Le patologie dei pazienti erano: insufficienza respiratoria e shock. Sono stati valutati età, patologie, giorni di ospedalizzazione e contenzione, possibili complicanze, istruzioni infermieristiche e i dati giornalieri raccolti attraverso la Scala di Ramsay, la Scala di Rass e la Scala del dolore. Il disegno dei dati introduce dei gap nella raccolta giornaliera dei parametri citati. Non abbiamo analizzato la patologia, i parametri fisiologici e le terapie mediche.

Complicanze: Durante il primo anno: 3 edemi agli arti contenuti e una lesione da grattamento a una cavaglia; nel secondo anno un caso isolato di edema agli arti contenuti.

Durante il primo anno di analisi i giorni di ospedalizzazione dei pazienti contenuti passava da 1 a 40 giorni (media 6.7+-6.4). Durante il secondo anno i giorni di contenzione variavano da 1 a 9 giorni (media 1.89+-0.32). Analizzando i dati raccolti nei due anni di studio tra le istruzioni infermieristiche dei pazienti e le performance della contenzione i valori sono sovrapponibili (82.6%-81.7%). Comparando l'adeguatezza della contenzione fisica utilizzando le due differenti scale i risultati dai dati sono diversi: utilizzando la Scala di Rass c'è stata una correttezza del 80.9%, mentre con la Scala di Ramsay c'è stata una correttezza solo del 56,6%. Durante il secondo anno di studio c'è stata una maggior consapevolezza e attenzione nella raccolta dei dati.

L'attuale sistema delle visite nelle terapie intensive italiane: indagine nazionale*Current visiting policies in Italian ICUs: a national survey*A. Giannini¹, G. Miccinesi², S. Leoncino¹¹Unità Intensiva Pediatrica, Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano, ²Unità di Epidemiologia, Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze, Italia.Email: a.giannini@policlinico.mi.it

Scopo: Ad oggi non sono ancora disponibili dati riguardanti le regole che governano la presenza di familiari e visitatori (visiting policies) delle circa 600 rianimazioni italiane. Abbiamo pertanto condotto uno studio nazionale per valutare questo tema.

Metodo: E' stato inviato un questionario via email alle 303 rianimazioni appartenenti alla rete GiViTi (Gruppo italiano per la valutazione degli interventi in terapia intensiva) chiedendo informazioni dettagliate sulle loro "visiting policies".

Risultati: Il tasso di risposta è stato del 85% (257/303). La mediana del tempo di visita è di 60 minuti al giorno (range: 15 minuti-18 ore). Solo una rianimazione (<1%) non pone limiti alle visite; il 2% dei reparti non consente del tutto le visite. Il numero dei visitatori è soggetto a limitazioni nel 92% delle rianimazioni.

Nel 17% dei reparti le visite sono limitate solo ai familiari stretti, e nel 69% dei casi i bambini non possono entrare a fare visita ai pazienti.

Nel 9% dei reparti le "visiting policies" non sono modificate se il paziente è un bambino, e nel 21% neppure se il paziente sta morendo. L'indossare indumenti protettivi è obbligatorio nel 95% delle rianimazioni. Il 25% dei reparti non ha una sala d'attesa..

Nel 33% delle rianimazioni ha preso avvio un formale processo di revisione delle "visiting policies" del reparto.

Conclusioni: Nonostante la diffusa convinzione che non vi sia nessuna solida base scientifica per limitare le visite in rianimazione, i nostri dati mostrano una chiara tendenza nelle rianimazioni italiane ad attuare politiche nettamente restrittive, che sono solo parzialmente modificate quando il paziente sta morendo o quando il paziente è un bambino. Bisogna tuttavia notare come in un terzo dei reparti ha preso avvio un una fase di revisione di queste regole..

Ringraziamenti: Ringraziamo il GiViTi per il prezioso aiuto. Questo studio è stato finanziato dalla ABN (Associazione per il Bambino Nefropatico, Milano).

Bibliografia:

1. Burchardi H. Let's open the door! Intensive Care Med 2002; Oct;28(10):1371-1372.
2. Berwick DM, Kotagal M. Restricted visiting hours in ICUs: time to change. JAMA 2004 Aug 11;292(6):292:736-737
3. Slota M, Shearn S, Potersnak K, Haas L. Perspectives on family-centered, flexible visitation in the intensive care unit setting. Crit Care Med 2003 May;31[Suppl.]S362-366

137**Le attività assistenziali degli infermieri di area critica per i pazienti deceduti in un ospedale privato di Istanbul***Care activities for deceased patient among intensive care nurses in a private hospital in Istanbul, Turkey*

Sevim Çelik, Assist. Prof. PhD, RN, Selma Gürkan, RN, Yıldız Atılğan, RN

Zonguldak Karaelmas University, Zonguldak School of Nursing, Zonguldak, Turkey.

Email: sevimakcel@yahoo.com

Scopo: Lo scopo dello studio era determinare le attività assistenziale per il paziente defunto tra gli infermieri di terapia intensiva in un ospedale privato.

Metodo: Lo studio è stato condotto come studio prospettico, osservazionale all'ospedale Alman di Istanbul, Turchia, tra Luglio 2006 e Novembre 2007. Venti infermieri che lavoravano in terapia intensiva di chirurgia cardiovascolare e chirurgia generale e 39 decessi furono inclusi nello studio. I ricercatori osservarono le attività assistenziali infermieristiche degli infermieri e li registrarono nella scheda. I dati furono valutati attraverso metodi statistici descrittivi, utilizzando il test esatto di Fisher e il test del chi-quadro.

Risultati: La media di età degli infermieri era 22.4 anni, il 75% aveva un diploma di scuola superiore sanitaria in infermieristica e la media degli anni di lavoro degli infermieri nelle unità di terapia intensiva era di 23.7 mesi. Circa il 94.7% aveva ricevuto formazione rispetto la cura del defunto nel programma di orientamento dell'ospedale. C'è un protocollo standard nell'ospedale per la cura del paziente deceduto. L'appartenenza religiosa di cinque pazienti non era musulmana (12.8%). Tutti gli infermieri chiudevano le tende o mettevano schermi per separare il defunto dagli altri pazienti, rimuovevano gli strumenti, i cateteri, le medicazioni dal corpo, posizionavano il corpo supino, posizionavano un asciugamano piegato sotto il mento del defunto e lo legavano, posizionavano un'etichetta con le informazioni sul paziente. Solo due infermieri (5.1%) permisero ai familiari di partecipare alle cure. Non c'era una differenza statisticamente significativa nell'assistenza al defunto rispetto al tempo di assunzione nella terapia intensiva rispetto al livello di educazione, al numero di attività assistenziali su defunti svolte in precedenza e la durata della degenza del paziente in terapia intensiva. Non ci fu neppure differenza nelle attività assistenziali rispetto l'appartenenza religiosa dei pazienti.

Conclusioni: Gli infermieri applicavano le attività assistenziali raccomandate in letteratura.

Bibliografia:

1. Brosche TA. Death, dying, and the ICU nurse. Dimensions of Critical Care Nursing 2003; 22: 173-179.
2. Çelik S. Yoğun bakım ünitesinde hastanın postmortem bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2004;8: 45-47.
3. Roark M. Care for the body after death. Procedure Checklists to Accompany Rosdahl & Kowalski's Textbook of Basic Nursing. 8th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2003. pp. 157-158.

138

Lo stress occupazionale è un fattore di rischio per le patologie psichiatriche tra gli infermieri d'emergenza greci

Occupational stress as a risk factor for psychiatric morbidity among hellenic emergency nurses

M.N.K. Karanikola², H. Stathopoulou¹, A.B. Terzi³, F. Panagiotopoulou¹, E.D.E.Papathanassoglou².

¹P.G.H.Tzanio -ER, ²University of Athens, School of Nursing, ³A.G.H.Evagelismos, Atene, Grecia.

Email: m_karanikola@hotmail.com

Scopo: Studi recenti forniscono evidenze per l'associazione tra lo stress lavorativo e i disturbi d'ansia, come il Disturbo da Stress Post Traumatico o l'agorafobia, negli infermieri che lavorano in emergenza. Queste associazioni non sono state studiate tra gli infermieri ellenici. Lo scopo dello studio era esplorare gli stati d'ansia tra gli infermieri ellenici che lavorano in emergenza, come pure l'associazione potenziale tra gli stati d'ansia e gli indici di burnout.

Metodi: E' stato utilizzato uno studio correlazionale a sezione trasversale. Un campione casuale di 131 componenti del personale infermieristico dell'area di emergenza ha completato la scala di Hamilton per la valutazione dello stato d'ansia e la scala per il burnout di Maslach. Fu analizzata statistica descrittiva e inferenziale.

Risultati: Stati d'ansia moderati, come livelli moderati di burnout furono riscontrati tra gli infermieri ellenici che lavorano in emergenza. Gli indici di burnout indicarono il 30.8% di varianza negli stati d'ansia ($R^2=0.308$).

La stanchezza emotiva si dimostrò essere un forte indicatore ($p<0.0001$, $Beta=0.439$) del livello d'ansia.

La depersonalizzazione ($r=0.364$, $p<0.0001$) e la realizzazione personale ($r=-0.381$, $p<0.0001$) furono statisticamente correlate agli stati d'ansia, ma non risultavano essere predittivi.

Conclusioni: Basandosi su questi risultati, gli amministratori degli ospedali devono essere consapevoli della portata dello stress lavorativo e dei conseguenti sintomi d'ansia negli infermieri di emergenza ellenici.

Nuove politiche per la riduzione dello stress dovrebbero essere indirizzate alla prevenzione di patologie psichiatriche, della insoddisfazione lavorativa e delle dimissioni dal lavoro.

139

L'effetto dell'esperienza in terapia intensiva sul sonno

The effect of intensive care experience on sleeping

Serdar Saritaş MSN, Mevlüde Karadağ PhD

School of Health Sciences, Gaziosmanpaşa University, Tokat, Turchia. Email: serdarsaritas44@hotmail.com

Scopo: Il nostro scopo è di indagare l'effetto di una esperienza in terapia intensiva sul sonno.

Metodi: Questo studio è stato condotto nelle terapie intensive ospedaliere dello stato di Tokat tra il 10 Marzo e il 27 Aprile. Nessun metodo di campionamento è stato utilizzato in questo studio ed è stato condotto con la partecipazione di 53 pazienti volontari, un numero totale di 206, che erano stati dimessi dalla terapia intensiva e trasferiti in altri servizi.

In questo studio sono state utilizzate la scala qualitativa del sonno di Pittsburg e la scala di esperienza di terapia intensiva che è stata adattata in turco da Demir et al. e perfezionata da Rattary et al. I dati sono stati valutati con il programma statistico SPSS 11.

Risultati: 58% dei pazienti erano femmine e l'età media era 60 anni. I pazienti sono stati ricoverati in ospedale per 6 giorni in totale, 3 dei quali in terapia intensiva. L'esperienza di terapia intensiva dei pazienti partecipanti è stata 62.8 fuori scala e quando la componente della qualità soggettiva del sonno della scala qualitativa di Pittsburg è stata osservata, la qualità di sonno dell'ultima settimana, in media, è stata di 2.33 punti (molto negativa) e la qualità del sonno pre-malattia è stata in media 2.01 (abbastanza negativa).

Conclusioni: La qualità del sonno dei pazienti quando sono in ospedale e in terapia intensiva è stata scoperta essere peggiore rispetto alle loro condizioni precedenti. I punti sull'esperienza di terapia intensiva di coloro che avevano scarsa qualità del sonno sono stati migliori grazie ad altri fattori piuttosto che grazie al dormire o alle attività infermieristiche erogate in terapia intensiva. Il punteggio sull'esperienza di terapia intensiva può essere influenzato dal sonno e da altri importanti fattori.

142

Report di studi sul sonno del paziente in terapia intensiva dal 1970: cos'è cambiato nel tempo?

ICU patients' sleep study reports since 1970: what has changed in time?

Ritkala-Castrén Marita, RN, MNSc, CNS¹, Prof Leino-Kilpi Helena, RN, PhD

¹ Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland, ²Department of Nursing Science and Health Care, University of Turku, Finlandia. Email: ri-cas@kolumbus.fi

Scopo: Esaminare cosa è stato studiato in merito al sonno naturale dei pazienti nelle unità di terapia intensiva e come la ricerca è stata pubblicata nelle ultime quattro decadi.

Metodi: I database elettronici utilizzati sono stati Medline, CINAHL, PsycINFO e "All EBM Reviews" (Cochrane DSR, ACP Journal Club, DARE, CCTR, CMR, HTA, NHSEED). I termini di ricerca erano correlati al sonno, valutazione del sonno e assistenza critica. La ricerca è stata limitata ai pazienti critici adulti. La lista delle note bibliografiche delle revisioni e gli articoli di ricerca inclusi furono cercati manualmente. I tipi di giornali, gli obbiettivi degli studi riportati, i campioni, gli interventi e le questioni etiche sono stati analizzati quantitativamente all'interno di ogni decennio.

Risultati: La ricerca ha prodotto 856 titoli. Dopo l'esclusione dei duplicati e degli studi non rilevanti, 40 articoli hanno soddisfatto i criteri di inclusione di adulti in terapia intensiva e studi inerenti il riposo nei pazienti.

La ricerca pubblicata inerente il sonno naturale dei pazienti in un ambiente di terapia intensiva è stata scarsa durante il 1970-1999, variando da tre studi presenti negli anni '80 a 23 studi nel 2000. L'argomento è trattato

maggiormente nei giornali di infermieristica sino al 21° secolo. La quantità e la qualità del sonno erano i focus principali. I fattori di disturbo del sonno e l'effetto dell'assistenza ventilatoria sono stati altrettanto comuni.

I campionamenti della popolazione erano molto piccoli sino alla fine degli anni '90, poi si sono moltiplicati. Abbiamo trovato sette studi di intervento, principalmente dagli anni 2000. Riportare i problemi etici è diventato invece standard nel 21° secolo.

Conclusioni: I pazienti con una scarsa qualità del sonno e incapacità a dormire sono argomenti che hanno sempre preoccupato gli infermieri sin dallo sviluppo delle terapie intensive.

La ricerca ha focalizzato sulla descrizione delle caratteristiche del sonno e sui fattori ambientali di disturbo al sonno. Solo successivamente ci sono stati alcuni studi sugli effetti degli interventi infermieristici.

E' necessario altro studio ed in questo modo gli infermieri sarebbero in grado di migliorare il riposo dei pazienti e forse influenzare positivamente anche la guarigione in toto.

144

Il "portfolio" come strumento per lo sviluppo professionale in area critica

The "portfolio" as an instrument for professional development in critical care

Elisabetta Veronese, Assunta Biasi, Laura Cunico, Oliva Marognoli

Email: elisabettaveronese@yahoo.it

Contesto: Il "portfolio" è uno strumento chiave per definire le abilità professionali del singolo e promuovere lo sviluppo professionale; in particolare permette una valutazione generale delle abilità, evidenzia i bisogni formativi, incoraggia ed orienta all'apprendimento per tutta la vita, facilita l'auto-apprendimento.

Scopo: Osservare, su un campione di sei infermieri (tre neo-assunti e tre esperti) che lavorano nel servizio di anesthesiologia e terapia intensiva dell'Ospedale di Verona, le percezioni individuali correlate all'utilizzo di un portfolio individuale, quest'ultimo modellato dopo l'applicazione alla assistenza critica della Scala di Competenze di Meretoja.

Risultati: Alla fine del periodo-prova è stato somministrato un questionario, dal quale è risultato evidente come il portfolio porta il professionista a riflettere sull'importanza dell'apprendimento e dello sviluppo di nuove competenze, stimola il riconoscimento dei bisogni formativi del singolo, orienta l'infermiere all'auto-apprendimento, all'apprendimento lungo tutta la vita, incoraggia lo sviluppo professionale, l'orientamento all'auto-riflessione e all'auto-educazione.

I risultati, sebbene ottenuti attraverso un campione molto ridotto, suggeriscono il suo utilizzo regolare in terapia intensiva.

Implicazioni: L'utilizzo del portfolio in terapia intensiva permette agli infermieri di osservare costantemente i loro specifici livelli di competenza, e di pianificare il loro sviluppo professionale. Permette anche al coordinatore di valutare il livello di competenze del gruppo infermieristico e del livello di qualità di assistenza fornito nella terapia intensiva, e di stimolare la motivazione degli infermieri.

Per i pazienti, questo risulta in una assistenza di qualità standardizzata e strutturata sul cliente, fornita attraverso degli strumenti aggiornati e l'evidence-based nursing.

Bibliografia:

1. Saiani L, Palese A. Guida per pianificare lo sviluppo professionale e documentare le competenze, AIR, 2002,21, suppl. al n.2,1-57;
2. Hanley E. Assessment of clinical practice in intensive care: a review of the literature. *Intensive & Critical Care Nursing*, 2005, Oct; 21(5): 268-75;
3. McCready T. portfolios and the assessment of competence in nursing: A literature review. *International J. Of Nursing Studies*, 44 (2007) 143-151.

146

Integrazione dei protocolli assistenziali infermieristici per la gestione del dolore traumatico in paziente adulto tra il Sistema di Emergenza Territoriale ed il Dipartimento di Emergenza (Pronto Soccorso)

Integrated care protocol of nursing management between the territorial Health Care Emergency and the DEA (Emergency Room) for the traumatic pain treatment in adult patients

Niccolò Lucherelli, Paolo Pratesi

Firenze, Italia. Email: pastrana18@inwind.it

Contesto: Questa proposta è stata ispirata da una ricerca bibliografica sui protocolli attualmente utilizzati nel Servizio Sanitario Fiorentino per il trattamento del dolore traumatico nei pazienti adulti.

Questi protocolli adottati dai DEA e dalle centrali operative del 118 Firenze Soccorso, presentano una scarsa omogeneità. L'analisi ha sottolineato non solo l'importanza di una maggiore condivisione delle procedure nella gestione infermieristica del trattamento del dolore traumatico, ma anche la necessità di un uso autonomo degli analgesici nel DEA e al 118.

Scopo: Gli obiettivi sono di omogeneizzare il lavoro di tutti i professionisti e offrire una reale assistenza ai cittadini, sia nella fase extraospedaliera che in quella intraospedaliera.

Implicazioni: L'ultima parte propone un protocollo nuovo unico, con una gestione completamente infermieristica, basata sulle evidenze scientifiche migliori, caratterizzata da una reale applicabilità e da costi ridotti, con identificati tre livelli di intensità del dolore. Inoltre, lo studio propone un solo strumento per la registrazione del livello di intensità del dolore e per il trattamento analgesico durante l'intero periodo di trattamento.

151

Sviluppo di un percorso di sicurezza nel risk management clinico in una terapia intensiva

Development of Safety WalkAround in clinical risk management in ICU

L. Berluti, E. Adrario

Politenico Università delle Marche, AOU Ospedali Riuniti Ancona, Italia. Email: l.berluti1@virgilio.it

Contesto: Il percorso di sicurezza (SWA Safety WalkAround) è uno strumento prezioso creato per collegare la leadership alla sicurezza del paziente utilizzando il lavoro infermieristico in prima linea.

Obiettivi: Lo studio esplora il clima di sicurezza nello staff infermieristico nella terapia intensiva dell'Università di Ancona, esaminando la partecipazione a focus group utilizzando interviste per discutere argomenti inerenti la sicurezza del paziente. Le interviste erano modulate dal Risk Manager (RM) e dal coordinatore infermieristico di terapia intensiva. Le interviste furono condotte sugli infermieri di terapia intensiva per 15 giorni. Dopo una conversazione preliminare cognitiva, ove il RM spiegava l'organizzazione del percorso di sicurezza agli operatori in prima linea, aveva luogo l'intervista. Le domande valutavano la sicurezza del paziente attraverso cinque fattori: 1) gli errori umani, 2) la prevenzione degli errori, 3) il clima di lavoro di gruppo, 4) la denuncia degli errori, 5) le relazioni tra infermieri/pazienti/parenti.

Risultati: Le interviste furono condotte dall'8 ottobre al 22 ottobre 2007: la partecipazione era in media di 5 - 6 membri dello staff e i dati raccolti ebbero un tasso di risposta del 97.2%. Il focus group degli infermieri identificò 5 risposte per i cinque fattori sottoposti: 1) doppio controllo e monitoraggio (51,8% dei partecipanti); 2) le cinque G: giusto farmaco al giusto paziente al giusto momento nella giusta dose attraverso la giusta via di somministrazione - orale, iniezione, etc.- (70% dei partecipanti); 3) istituzione di corsi di comunicazione (48% dei partecipanti); educazione allo staff sui concetti di sicurezza del paziente quali report non punitivi; 4) creare un circolo tra informazione-analisi-azioni e feedback (56% dei partecipanti); 5) aumentare la comunicazione tra infermieri/ pazienti/ parenti riguardo la sicurezza.

Conclusioni: La SWA ha riportato effetti positivi al fine di sviluppare una strategia per la sicurezza del paziente con questo sistema di distribuzione che coinvolge infermieri e leadership. Le decisioni necessitano di essere basate su bisogni misurati, supporto della leadership, interesse e risorse: era e sarà stimolante e eccitante.

Bibliografia:

1. Frankel A. et al. Patient safety leadership walkround. *Jt Comm J Qual Saf* 2003; 29: 16-26.

156

Evidence based nursing scientifico in una Terapia Intensiva spagnola

Scientific Evidence-based nursing in an ICU of Spain

Fuentes Pumarola C¹, Colomer Plana M², Cordon Bueno C³, Galvany Ferrer A⁴, Bisbe Company N⁴, Casademont Mercader R⁴, Sabench Casellas S⁴, Félez Vidal M⁴, Expósito Fernández P⁴, Rodríguez Plazas E⁴, Garangou Llenas D⁴.

¹Nursing Department. University of Girona, ²University Hospital of Girona Dr. Josep Trueta (Spain). Associate professor Nursing Department .University of Girona, ³University Hospital of Girona, ⁴University Hospital of Girona Dr. Josep Trueta, Girona, Spagna. Email: concepcio.fuentes@udg.edu

Contesto: dal 2000 lo staff infermieristico della Terapia Intensiva polivalente (attualmente 18 posti letto) dell'Ospedale Universitario di Girona, il Dr. Josep Trueta (Spagna) ha portato avanti molte ricerche su due linee chiave: cura e mantenimento del catetere venoso centrale (CVC) e mantenimento dell'integrità cutanea nel paziente critico. Il primo studia la prevenzione della batteriemia catetere-correlata (CRB), previa elaborazione e messa in pratica di un protocollo relativo all'inserzione, mantenimento e manipolazione del CVC, comparando due sistemi di connessione. Il protocollo definitivo è stato stabilito dopo aver validato il sistema migliore. Dopo di ciò venne studiata la pervietà del catetere mediante un trial clinico comparativo dei due trattamenti. In seconda istanza abbiamo studiato i fattori di rischio e tipi di protezioni che mantengano l'integrità cutanea.

Obiettivo: l'obiettivo di questa ricerca è stabilire i protocolli di performance che migliori la pratica clinica.

Risultati e implicazioni: l'adozione del protocollo di inserzione, mantenimento e manipolazione del CVC attraverso un sistema chiuso di connessione a valvole disinfettabili ha ridotto l'incidenza di batteriemia correlate al catetere (3,1 CRB/1000 giorni nell'anno 2001 e 0,9 CRB/1000 nel 2007).

Lo studio comparativo sul mantenimento della pervietà del CVC ha mostrato che la soluzione fisiologica (0.9%) è efficace quanto l'eparina sodica (100 UI). Sulla base di questi risultati è stato modificato il protocollo precedente. L'uso di medicazioni con superfici dinamiche dimostra una diminuzione dell'incidenza di ulcere da pressione e questo ha portato alla dotazione di superfici dinamiche per tutti i letti del reparto.

Le ricerche infermieristiche facilitano il miglioramento della pratica clinica, estendendo la conoscenza del nursing e basando la nostra performance non solo sull'esperienza ma anche sulla pratica evidence-based.

Bibliografia:

1. Gifford W, Davies B, Edwards N, Griffin P, Lybanon V. Managerial leadership for nurses' use of research evidence: an integrative review of the literature. *Worldviews on Evidence Based Nursing*. 2007;4(3):126-45.
2. Fuentes i Pumarola C, Casademont Mercader R, Colomer Plana M, Cordón Bueno C, Sabench Casellas S, Félez Vidal M, Rodríguez Plazas E. Comparative study of maintenance of patency of triple lumen central venous catheter. *Enfermería Intensiva*. 2007;18(1):25-35.
3. Fuentes Pumarola C, Bisbe Company N, Galvany Ferrer MA, Garangou Llenas D. Evaluación de los factores de riesgo y los tipos de superficie para el desarrollo de las úlceras por presión en el enfermo crítico. *Gerokomos*. 2007;18, (2):101-5.

157

Analisi del profilo professionale dell'infermiere con formazione specialistica nella gestione dei pazienti critici

Analysis of the nursing's professional profile of those carrying out training specialized in critical care patients

Fuentes Pumarola C¹, Prof. Brugada Motjé N¹, Lloret Bech, M², Ballester Ferrando D², Bertrán Noguera, C¹.

¹Nursing Department, University of Girona, ³University Hospital of Girona Dr. Josep Trueta. Girona, Spagna.

Email: concepcio.fuentes@udg.edu

Obiettivo: l'obiettivo di questo studio è conoscere il profilo dei professionisti dell'assistenza infermieristica che richiedono un addestramento in area critica ed una valutazione delle conoscenze precedenti e successive all'addestramento.

Metodi: sono stati elaborati due strumenti di raccolta dati. Uno contempla l'applicazione dell'esperienza professionale all'ambiente circostante il malato critico e le informazioni sul lavoro attualmente eseguito. Il secondo valuta la loro conoscenza (prima e dopo il corso) riguardo le questioni di base relative all'ambiente del paziente critico. Le variabili quantitative sono espresse per medie (SD) e le variabili qualitative per percentuali. Entrambi i risultati sono confrontati con il t-Student.

Risultati: 17.5% di 40 studenti nel 2006/07 e l'8.8% di 39 negli anni 2007/08 ha avuto esperienza con pazienti critici. Nel 2006/07 il punteggio medio della valutazione precedente il corso fu di 4.9 (DS: 1.5) e 6.3 (DS: 1.6) nella valutazione successiva al corso (p=0.001). Nel 2007/08 la valutazione precedente ebbe il punteggio medio di 5.2 (DS: 1.6) e di 6.6 (DS:1.6) in quella successiva (p<0.0005).

Conclusioni: Il profilo del professionista del nursing che si iscrive a un corso post-laurea riguardante i pazienti critici nella nostra università arriva principalmente dall'area di degenza e d'emergenza e in minima parte hanno avuto esperienza in Terapia Intensiva.

Riguardo la conoscenza precedente il corso, si può osservare un buon livello della valutazione precedente e un significativo aumento della conoscenza alla valutazione del corso.

Sarebbe necessaria una revisione del curriculum formativo di laurea e post-laurea in quest'area.

E' evidente la necessità di training per gli infermieri responsabili dell'assistenza di pazienti critici.

Bibliografia:

1. Bergbom I. Intensive and critical care nursing. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2007; 23,121-123.
2. Lastra P. La especialidad en cuidados intensivos, una especialidad necesaria. *Enfermería Intensiva*. 2006;17:1-2.
3. Dos Santos VP. Nursing Specialization Course Residency Program in Intensive Care unit: graduated nurses in the labour market. *Revista Gaúcha De Enfermagem*. 2007; 28 (2): 193-9.

158

Computerizzazione di un centro di Terapia Intensiva di Girona (Spagna)

Computerisation of a ICU in Girona (Spain)

Cordón Bueno C¹, Colomer Plana M¹, Vila Batllori N¹, Martín Hernández S¹, Galvany Ferrer A¹, and Prof. Fuentes Pumarola C².

¹ University Hospital of Girona, ²Professor: Nursing Department University of Girona, Girona, Spagna.

Email: h416ubcd@htrueta.scs.es

Contesto: Al momento della ristrutturazione di un Dipartimento di Terapia Intensiva all'Ospedale Universitario di Girona (Spagna), il "Dr Josep Trueta", che è stato dotato delle più recenti apparecchiature mediche, è sorta anche la necessità di computerizzare completamente l'assistenza in ICU. Dopo aver valutato e paragonate diverse opzioni disponibili sul mercato da parte di fornitori di attrezzature informatiche per le terapie intensive con il Sistema di Informazioni Cliniche per le migliori pratiche di assistenza del paziente, fu deciso che l'applicazione del Centricity Critical Care Clinisoft (GE) fosse l'opzione migliore. Da quel momento in poi, il programma applicativo fu disegnato e modificato in accordo alle necessità dell'unità operativa, permettendo la realizzazione di procedure affidabili, la standardizzazione, pianificazione e documentazione dell'assistenza. Al personale venne fornito un addestramento e supporto adeguato per l'uso delle apparecchiature e del programma.

Obiettivo: descrivere il processo di informatizzazione della nostra ICU.

Risultati e implicazioni: Fase 1: un gruppo di lavoro fu creato per elaborare il contenuto base del programma. Fase 2: formazione del personale di assistenza. Fase 3: Messa in funzione del programma con l'assistenza del personale addetto al corso. Fase 4: Creazione della figura di referente infermieristico del programma informatico, il quale ha ricevuto una formazione specifica ulteriore. Fase 5: mantenimento e modifica del programma per ottimizzarne l'operatività.

Il processo di informatizzazione del servizio, a fronte degli sforzi iniziali, ha facilitato, unificato e promosso il miglioramento della pratica quotidiana. L'informatizzazione ha facilitato la pianificazione e la registrazione delle attività infermieristiche così come la raccolta dei dati. D'altro canto la sorveglianza continua ha reso possibile un nuovo indicatore di qualità. L'informatizzazione stessa ha reso possibile la continuità di diversi indicatori dalla qualità.

Bibliografia:

1. Goñi Viguria R, García Santolaya MP, Vasquez Calatayud M, Margall Coscojuela MA, Asiain Erro MC. Evaluation of the quality of the cares in the ICU through a plan of computerized attention of infirmary. *Enfermería Intensiva* 2004;15:76-85.
2. Bates DV, Gawande AA. Improving Safety with Information Technology. *The New England Journal of Medicine*. 2003;348:26-34.
3. Amarasingham R, Pronovost PJ, Diener-West M, Goeschel C, Dorman T, Thiemann DR, Powe NR. Measuring clinical information technology in the ICU setting: application in a quality improvement collaborative. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2007;14:288-94.

164

L'infermieristica critica deve essere inserita nella formazione universitaria?

Should intensive care nursing be included in university education?

Meral Madenoğlu Kıvanç, Gülçin Bozkurt, Besey Ören

Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçesi, İstanbul, Turchia. Email: mmkvanc@yahoo.com

Obiettivo: nel nostro paese la formazione infermieristica di area critica, negli ultimi anni, viene fornita solo come corsi post-laurea e non sufficientemente nell'ambito del corso universitario. Questa situazione porta gli infermieri a prendere decisioni in modo non cosciente riguardo la propria carriera. Con questo lavoro si valutano gli effetti del corso "Elementi di base di Nursing di Area Critica" (che viene tenuto per la prima volta come materia facoltativa); viene presentata la necessità di questo corso sulla base dei risultati e della durata. Metodo: gli studi che hanno guidato alla metodica educativa sono di qualità descrittiva. Questo lavoro ha visto coinvolti 130 studenti della 3° e 4° classe della Istanbul University Bakırköy Health High School, mentre il gruppo sperimentale era di 120 (volontari) delle medesime. Gli studenti della terza classe hanno frequentato il corso come facoltativo e gli studenti della quarta classe non hanno frequentato il corso. I dati sono stati raccolti in un'indagine di 19 domande sviluppate da ricercatori. I risultati sono stati valutati con il programma SPSS in percentuale, media e chi-quadro.

Risultati: la media dell'età è stata di 21 ± 1.23 , mentre il 92.3% del gruppo che non ha frequentato il corso in Nursing di Area Critica ha dichiarato che questa lezione è necessaria, il 53.8% ha dichiarato che frequentare la lezione prevista dal piano di studi di laurea è sufficiente; il 71.1% di loro ha dichiarato che vorrebbe lavorare in Terapia Intensiva dopo la laurea.

Il 76.47% del gruppo che ha frequentato il corso ha dichiarato che il corso è necessario, il 41.17% ha dichiarato che vorrebbe lavorare in Terapia Intensiva dopo la laurea.

Conclusioni: Se si confronta il desiderio di lavorare in terapia Intensiva in entrambi i gruppi con il risultato della necessità del corso, non si riscontrano differenze statisticamente significative ($p > 0.05$). L'inclusione di un corso base facoltativo di Nursing di Area Critica nel corso di laurea, fornisce la possibilità di scegliere l'area di lavoro in modo più consapevole e con buoni risultati. Tuttavia, potrebbe essere apprezzabile la presenza a questo corso di candidati che vorrebbero lavorare in Terapia Intensiva.

Bibliografia:

1. Rogal SM, Young J. Exploring critical thinking in critical care nursing education: a pilot study. *J Contin Educ Nurs.* 2008 Jan; 39;(1):28-33.
2. Hardcastle JE. "Back to the bedside": graduate level education in critical care. 2008 Jan;8(1):46-53.
3. Badır, A. Yoğun Bakım Hemşiresinin Eğitimi. XII. Ulusal Yoğun Bakım Kongresi, 2004, s.99-104.

167

Il risk management in Italia: studio conoscitivo sull'ammissione spontanea dell' errore

The risk management in Italy: cognitive study on the spontaneous admission of the error

S. Saccone, M.L. Rega, R. Zamparelli, E. Cristofori, C. Galletti

Roma, Italia. Email: salvatore652@libero.it

Obiettivo: questo studio intende fornire un quadro degli errori più frequenti in Terapia Intensiva e indagare la percezione dell'errore del personale coinvolto, in correlazione con il ruolo e livello di formazione.

Metodi: questo studio descrittivo osservazionale è durato 4 mesi e ha visto la somministrazione di un questionario ad hoc successivamente validato. Un campione di convenienza è stato rappresentato da medici e infermieri afferenti alla Terapia Intensiva.

Risultati: il campione statistico è composto da 90 infermieri e 30 medici, l'83.5% dei quali di età inferiore a 40 anni. Oltre il 76% ha frequentato regolari corsi post laurea nell'ultimo anno. L'88% ha dato una definizione corretta di rischio clinico. I nostri dati assoggettano un comune accordo sulla valutazione espressa dai medici e infermieri, in accordo con la scala Likert, di sottolineare che l'evento sentinella dello JACHO deve essere considerato come errore. I più comuni errori in Terapia Intensiva riguardano la terapia farmacologica e il mancato sviluppo di linee guida e protocolli.

Un ulteriore, unanime e forte preoccupazione deriva dalle conseguenze legali e disciplinari e per l'importanza della discussione riguardo gli errori per capirne la ragione ed evitarne di altri.

Conclusioni: lo studio mostra che il personale che fa formazione continua ha una buona conoscenza, percezione e consapevolezza dell'errore, dal momento che la maggior parte riconosce che un rapporto sugli stessi migliorerebbe la qualità dell'assistenza. Allo stesso tempo vi è un blocco nel fare rapporto, giustificato con il timore di conseguenze legali e disciplinari. Infine, si suppone che i professionisti in ambito sanitario che condividono l'audit clinico possono migliorare la coscienza del proprio ruolo nell'effettiva riduzione del rischio.

Bibliografia:

1. Evans, BS. (2006). Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Quality and Safety in Health Care*, 39-43.
2. Joint Commission. (2007). Sentinel Event Policy and Procedures. The Joint Commission Accreditation: <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/PolicyandProcedures> (ultimo accesso 2 agosto 2007)
3. Kingston, E. S. (2004). Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *The Medical Journal of Australia*, 36-39.

170

Può un trattamento "pacchetto" prevenire la costipazione nei pazienti neuro-intensivi?

Does a treatment "package" prevent constipation in neuro-intensive patients?

Hanne Mouritsen RN, ICU Cert., Charlotte Daugbjerg RN, ICU Cert., Mette Ring RN, MLP, Karin Kaasby RN, MLP, Vivi Pedersen, PhD.

Aarhus University Hospital, Aarhus, Danimarca. Email: h.mouritsen@rn.dk

Contesto: dal punto di vista infermieristico di ICU abbiamo rilevato problemi seri in relazione al problema della costipazione dei malati. Sulla base di studi in letteratura abbiamo approntato un pacchetto di trattamenti per prevenire la costipazione. L'obiettivo primario è accertarsi che i pazienti siano canalizzati entro le 96 ore dal ricovero, il secondario è ridurre i problemi causati dalla costipazione.

Obiettivo: valutare sistematicamente gli effetti di iniziative preventive contro la costipazione in un gruppo di pazienti neuro-intensivi. Sono stati paragonati due gruppi di pazienti: il gruppo uno ha ricevuto la profilassi e trattamento per la costipazione convenzionali mentre il gruppo due ha ricevuto il pacchetto di trattamenti.

Metodologia: studio comparativo tra 20 adulti, sedati e intubati ricoverati per neuro-traumatologia, ematoma intracerebrale o emorragia subaracnoidea dall'Agosto 2006 – Agosto 2007 (gruppo 1) e 20 pazienti simili da Gennaio 2008 fino ad arrivare al numero di 20 pazienti (gruppo 2). Lo studio retrospettivo (gruppo 1) ha ricevuto lassativi osmotici, lassativi peristaltici dal terzo giorno di ricovero e una dieta non ricca di fibre somministrata attraverso il sondino nasogastrico. Il gruppo prospettico (gruppo 2) ha ricevuto lassativo peristaltico, osmotico, acqua attraverso il sondino nasogastrico, una dieta con aggiunta di fibre ed è stata adottata una scheda per la registrazione delle funzioni gastriche e intestinali.

Attualmente sono stati inclusi 20 pazienti retrospettivi e 11 prospettici.

Risultati: non tutti i dati sono stati analizzati. Tuttavia sembra esserci una tendenza di movimenti intestinali precoci nel gruppo prospettico. Nel gruppo 1, 8 su 20 pazienti ha avuto movimenti intestinali entro il quarto giorno (= 40%). Nel gruppo 2, 10 su 11 ha avuto movimenti intestinali entro il quarto giorno (=90%).

Conclusioni: al momento non può essere avanzata alcuna conclusione, ma speriamo di essere in grado di confermare o smentire che il nostro pacchetto di trattamenti per la prevenzione della costipazione nei pazienti neuro intensivi al momento del Congresso.

171

Gestione delle feci liquide e semi liquide nei pazienti critici: sviluppo di uno strumento di valutazione del risultato

Management of liquid and semi-liquid stool in critical patients: development of an assessment score tool

L. Schifano, P. Ambrosino, G. Ballerini, M. Elia, A. Giannini, A. Molon, D. Scarlini, V. Tucci, S. Gasperini, D. Mastronicola, G. Guerrini

Ospedale S. Gerardo, Monza, Italia. Email: l.schifano@hsgerardo.org

Contesto: lo stato critico del paziente in ICU deriva principalmente da un'insufficienza multiorgano. Il grande numero di dispositivi medici invasivi e strumenti elettromedicali usati per valutare e stabilizzare i parametri vitali possono essere la causa di ulteriori complicanze come le infezioni.

Uno dei nostri obiettivi principali è limitare il rischio di infezioni crociate usando procedure in grado di garantire e mantenere un sistema chiuso di gestione del paziente per evitare o limitare il contatto tra fluidi biologici infetti, operatori clinici, pazienti e dispositivi. Un sistema chiuso è possibile grazie alle linee arteriose chiuse, sistemi di aspirazione cateteri vescicali a circuito chiuso. L'anello mancante del sistema chiuso fino ad ora era un dispositivo che permettesse il contenimento fecale del paziente, in caso di feci liquide o semi-liquide, per ridurre il rischio di infezioni dovute a batteri dell'apparato intestinale potenzialmente letali e multiresistenti.

Obiettivi: l'obiettivo di questo studio è sviluppare e validare uno strumento che stabilisca la corretta indicazione d'uso del dispositivo di gestione dell'incontinenza fecale.

Risultati: è stato creato un comitato consultivo per stabilire i principali parametri quali la presenza o meno di diarrea, rischio di infezioni, condizioni della cute perineale e la mobilizzazione. I punteggi assegnati a questi parametri sono orientati ad indicare la necessità dell'uso di questo dispositivo medico. E' in corso uno studio clinico per meglio capire e validare la fattibilità dello strumento di accertamento. I risultati preliminari saranno comunicati durante la conferenza.

Implicazioni: questo strumento rappresenta un metodo obiettivo e standardizzato di valutazione per l'uso del sistema chiuso di drenaggio fecale. Questo aiuta gli infermieri a risparmiare tempo e garantire miglior comfort al paziente evitando eventi avversi.

Bibliografia:

1. Gray M. Preventing and managing perineal dermatitis: a shared goal for wound and continence care. *JWOCN* 2004; 1(suppl):S2 – S9.

174

Ricerca infermieristica transculturale nel contesto di una unità di area critica: competenze culturali, gestione infermieristica, soddisfazione del paziente e valutazione qualità nel processo di cura dei pazienti europei ricoverati nella Clinica Ospedale Vistahermosa di Alicante

Transcultural nursing research in the context of a critical care unit: cultural competence, nursing management, patient satisfaction and quality evaluation in the caring process to european patients staying at the Clinica Vistahermosa Hospital in Alicante

Manuel Lillo Crespo MSN, MAnthr, RN, Isabel Casabona Martínez MAnthr, RN, M. Dolores Mora Anton. MSN, Nursing Department, University of Alicante, Clinica Vistahermosa Hospital, Alicante, Spagna.

Email: Manuel.Lillo@ua.es

Introduzione: negli ultimi anni la Costa Spagnola Mediterranea ha visto crescere il numero di popolazione originaria del centro e nord Europa. Gli immigrati residenti e i turisti usufruiscono del Sistema Sanitario Spagnolo e sono suscettibili di diventare degenti in Terapia Intensiva a causa dell'età o di problemi di salute.

Obiettivo: la parte di cui si occupa la nostra ricerca è basata su tre punti:

1. l'applicazione del modello di pratica infermieristica trans-culturale come il "Purnell Culturally Competence" e il modello "Giger e Davidhizar" tradotto nella pratica di nursing clinico e usato per adattarsi ai bisogni di comunità differenti rispetto a quelle a cui appartiene il professionista.

2. lo studio di qualità nel processo assistenziale verso queste persone che arrivano dal centro e nord Europa dalla prospettiva di parametri specifici o fattori di qualità determinanti che contribuiranno a definire un programma di gestione infermieristica specifica.
3. studio della soddisfazione del paziente, come espressione soggettiva o percezione che queste persone hanno dell'assistenza offerta dagli infermieri spagnoli.

Metodi: il gruppo con cui stiamo lavorando è composto principalmente da persone provenienti dal centro e nord Europa, per lo più in pensione o con un'età media di 60 anni. Questo è uno studio etnografico qualitativo che descrive i valori culturali, credenze e pratiche relative alla salute e malattia di questi pazienti.

I dati sono stati triangolati usando una tecnica di ricerca qualitativa come:

- a) osservazione dei partecipanti,
- b) caratteristiche demografiche,
- c) questionari con domande aperte – chiuse ai pazienti,
- d) interviste informali con informatori generali, e
- e) interviste approfondite e discussioni di gruppo con informatori-chiave.

L'analisi dei dati qualitativi è stata completata utilizzando il programma informatico NUDIST* 3.0 per Windows. Risultati: basso livello di soddisfazione dei pazienti in relazione con domande quali "Comunicazione", "Nutrizione" e "Sonno e Riposo" sono significative per la valutazione delle caratteristiche dei pazienti distinti per culture.

Conclusioni: Questo studio contribuisce alla conoscenza al fine di indirizzare gli infermieri e gli altri professionisti nel pianificare e approntare linee guida per lavorare con popolazione di diversa cultura che necessitano di assistenza nel Servizio Sanitario Spagnolo, sia pubblico che privato.

176

PHICUS: studio osservazionale sulle conseguenze professionali ed umane della sindrome da Terapia Intensiva in CCU

PHICUS: an observational study of professional spin-offs and human repercussions to intensive care unit syndrome in CCU

M. Hoffmann, L. Maldarelli, M.L. Dolcini, D. Mazzoni, S. Gorini, M.F. Berlinese
Pavia, Italia. Email: ic.uc@smatteo.pv.it

Obiettivo: La sindrome da ICU è una serie di segni e sintomi psichiatrici che possono presentarsi in pazienti che sono trattati in ICU o in un reparto ad alta-dipendenza ed è fortemente correlata con violenza contro clienti e staff. La letteratura sull'eziologia suggerisce cause fisiologiche e ambientali.

La sindrome da ICU ha un'incidenza del 40%, ma in letteratura non vi sono dati sull'incidenza in CCU. L'endpoint primario dello studio PHICUS è l'incidenza della Sindrome da ICU in una CCU italiana, endpoint secondario è la descrizione e l'analisi delle ripercussioni umane e professionali della Sindrome da ICU.

Metodi: PHICUS è uno studio multicentrico retrospettivo, prospettico, osservazionale. La prima fase dello studio è retrospettiva (1 Giugno 2007 – 30 Giugno 2008) e si sono analizzate l'incidenza dei segni e sintomi acuti psichiatrici dei pazienti ricoverati in CCU dell'Ospedale Universitario I.R.C.C.S. Policlinico Fondazione San Matteo di Pavia (Italia).

La seconda fase dello studio è prospettica ed è cominciata il 1 Giugno 2008 e coinvolge anche la CCU dell'Ospedale Fornaroli di Magenta (Italia). La fine dello studio è attesa per Giugno 2010 con la raccolta dei dati di circa 2600 pazienti. Gli infermieri hanno riportato sulla documentazione informatizzata del paziente i segni e sintomi acuti psichiatrici che i pazienti presentano, la data e il momento di inizio, conseguenze del delirio (rimozione di cateteri e dispositivi, mancato rispetto della mobilitazione, abuso verbale e aggressività nei confronti degli infermieri), suggerimenti, efficacia e complicanze del trattamento. I pazienti con demenza o confusione mentale pre-esistente o con problemi neurologici post-anossia sono stati esclusi dall'analisi.

Risultati e conclusioni: presentiamo il background, obiettivi e metodi dello studio PHICUS e dei risultati preliminari della prima fase dello studio in, approssimativamente, 900 pazienti consecutivi ricoverati in CCU dal 1 Gennaio 2007 al Giugno 2008.

178

Uno sguardo alle attività formative post laurea degli infermieri di area critica in un ospedale universitario

A look to the post-graduation intensive care nursing education activities in a university hospital

Tastan Sevinc RN PhD, Iyigun Emine RN PhD, Kilic Ayse RN PhD, Demirtas Ayla RN, Hatipoglu Sevgi RN PhD.

School of Nursing, Gulhane Military Medical Academy, Ankara, Turchia. Email: sytastan@yahoo.com

Contesto: La medicina, l'infermieristica ed i servizi per la cura della salute sono in continuo sviluppo su scala globale. L'infermieristica di terapia intensiva è un'area che richiede un'alta specializzazione.

Per aiutare i miglioramenti personali degli infermieri della terapia intensiva militare, a partire dal 2004, si sono tenute attività formative riguardanti la terapia intensiva, al Gulhane Military Medical Academy (GMMA).

Scopo: Lo scopo è di valutare le attività formative utilizzate con gli infermieri della terapia intensiva di un ospedale militare in Turchia tra il 2004 ed il 2008, al fine di migliorare le loro abilità su base continua.

Risultato: Negli anni tra il 2004 ed il 2007 sono stati fatti 5 volte corsi sull'infermieristica di terapia intensiva con la direzione della Gulhane Military Medical Academy School of Nursing, dipartimento di infermieristica e dipartimento di anesthesiologia e rianimazione. Il corso era composto da 60 ore di teoria e 80 di pratica.

148 infermieri dell'ospedale militare e 2 dall'Afghanistan hanno completato il corso. Dal feed-back dei partecipanti e dei formatori è derivata la necessità di aumentare la durata dei corsi.

Tra gli anni 2007 e 2008, si era deciso di iniziare i corsi immediatamente dopo la laurea e di tenerne due all'anno. Inoltre, la durata del corso venne stabilita di 16 settimane. Il contenuto del corso venne cambiato in

67 ore di teoria e 573 di pratica. Il nuovo programma fu applicato per la prima volta tra il 15 Novembre 2007 ed il 1 Febbraio 2008. Si decise di tenere il secondo periodo tra il 3 Marzo ed il 20 Giugno 2008.

Implicazioni: Le motivazioni degli infermieri a partecipare sono state elevate. I requisiti fondamentali per completare il processo di formazione includevano applicazione, motivazione e tenacia.

Gli ultimi corsi avevano un numero di ore di apprendimento pratico maggiore e gli infermieri hanno avuto maggiori opportunità di apprendimento. Il programma del corso è stato valutato molto utile in riferimento alla comunicazione, alla condivisione delle esperienze, allo sviluppo delle abilità tra infermieri che lavorano in terapie intensive diverse.

180

Relazione tra durata della degenza ed insorgenza e gravità delle ulcere da pressione nei pazienti di una Terapia Intensiva di un ospedale universitario

Relationship between length of stay and development and severity of pressure ulcers in patients in a university hospital Intensive Care Unit

Belgin Oral, Gülümser Dolgun, Kadriye Kılıç.

İstanbul Üniversitesi Bakırköy, Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçeçi, İstanbul, Turchia.

Email: gulumser6@hotmail.com

Scopo: Lo scopo di questo studio era di determinare la relazione tra la durata della degenza e lo sviluppo di ulcere da pressione, il loro stadio e la guarigione, fino alla dimissione o alla morte del paziente, entro lo scorso anno in una unità di terapia intensiva post-operatoria chirurgica dell'Università Cerrahpasa Medical di İstanbul. Metodi: Questa è una ricerca descrittiva e correlazionale. La popolazione della ricerca era di 690 pazienti ricoverati nella terapia intensiva dell'ospedale entro l'anno scorso. Il campione comprendeva 104 pazienti che avevano sviluppato ulcere da pressione. I dati furono raccolti retrospettivamente usando un modulo di raccolta dati sviluppato dai ricercatori, basato sulle informazioni in letteratura e su un indicatore di ulcere da pressione usato nell'unità di terapia intensiva. Per l'analisi dei dati sono stati usati la frequenza, la percentuale, i test di Mann-Whitney, Chi-quadro e di Kruskal Wallis.

Risultati: Il 50% dei pazienti (49) aveva tra i 41 ed i 60 anni. La maggioranza dei pazienti (63.5%, 66) erano maschi, e comunque si sono sviluppate ulcere da pressione oltre il 3° stadio in pazienti di sesso femminile. (36.8%, 14). Venne determinato che il 32% (32) delle ulcere da pressione si sviluppa tra il 1° ed il 7° giorno e, come aumenta il numero totale di giorni di degenza nell'unità di terapia intensiva, aumenta anche il loro stadio. La maggioranza delle ulcere da pressione si sviluppa nell'area sacrale (61.7%, 58), ma il maggior numero di ulcere da pressione del 3° grado si sviluppa ai talloni. La maggioranza delle ulcere da pressione (87.1%, 81) non guarisce prima della dimissione o morte del paziente.

Conclusioni: In questo studio non sono state trovate relazioni significative tra la durata della degenza in una unità di terapia intensiva e la formazione di ulcere da pressione o tra l'età e la formazione di ulcere da pressione.

La maggioranza delle ulcere da pressione si sviluppa nel primo giorno dopo l'ammissione all'unità di terapia intensiva e peggiora con l'aumento della durata della degenza.

182

La professionalità dell'infermiere di Terapia Intensiva

The professionalism of intensive care nurse

Kavaklı Oznur RN, Uzun Senay RN PhD, Arslan Filiz RN PhD.

School of Nursing, Gulhane Military Medical Academy, Ankara, Turchia. Email: senuzun@yahoo.com

Scopo: La professionalità è molto importante per determinare la pratica dell'infermieristica nelle unità di terapia intensiva. In questo studio descrittivo miriamo a determinare il livello di professionalità degli infermieri di terapia intensiva di un ospedale universitario.

Metodi: Tutti i 61 infermieri prevenivano da una unità di terapia intensiva di diverse cliniche di un ospedale universitario. Il Comitato Etico dell'Istituzione ha approvato lo studio. Le domande, pertinenti alle caratteristiche demografiche degli infermieri, sono state sviluppate dai ricercatori del BIPN - The Behavioural Inventory for Professionalism in Nursing - (Miller, Adams & Beck, 1993) ed includevano domande che sono state usate per la raccolta dei dati circa i comportamenti professionali. Le analisi statistiche furono effettuate con il programma SPSS per Windows Ver. 15.00. Le differenze sono state considerate significative quando il valore di p era inferiore a 0,05.

Risultati: La distribuzione degli infermieri di terapia intensiva secondo le cliniche era: Chirurgia Cardiovascolare (27.9%), Cardiologia (13.1%), Chirurgia generale (26.2%), Anestesiologia (11.5%) e Neurochirurgia (21.3%). Il 52.5% ($n=32$) degli infermieri aveva dai 26 ai 30 anni, il 42.6% ($n=26$) aveva dai 6 ai 10 anni di esperienza lavorativa ed il 60.7% ($n=37$) lavorava in una terapia intensiva. Il punteggio BIPN era più basso nelle partecipazioni ad organizzazioni professionali (\bar{x} :0.082), autonome (\bar{x} :0.107), e nelle pubblicazioni (\bar{x} :0.148). I punteggi più alti erano nella ricerca (\bar{x} :1.300), nella competenza e nell'educazione continua (\bar{x} :1.139). I punteggi BIPN degli infermieri che avevano meno di cinque anni di esperienza in infermieristica erano più alti e statisticamente significativi ($p>0.05$).

Conclusioni: Secondo lo studio, i giovani infermieri di terapia intensiva avevano punteggio BIPN più alto. Tutti gli infermieri avevano un punteggio BIPN alto in ricerca, competenza ed educazione continua. I

nostro studio conclude che gli infermieri di terapia intensiva sono informati riguardo ai comportamenti professionali ed alla loro importanza e che gli attuali programmi di formazione delle cliniche necessitano di essere aggiornati.

183

Valutazione dei carichi di lavoro degli infermieri delle rianimazioni greche attraverso il punteggio NAS e CNIS. Uno studio pilota

Greek CCUs nursing workload assessment by NAS and CNIS scoring systems. A pilot study

Gouzou M, Giannakopoulou M, Papathanassoglou EDE, Kalafati M, Lemonidou C.

University of Athens, Faculty of Nursing, Atene, Grecia. Email: mkalafat@nurs.uoa.gr

Scopo: Accertare le proprietà psicometriche (affidabilità e validità) della versione greca dei punteggi dei sistemi NAS e CNIS basati sui dati della popolazione dei pazienti di una unità coronarica greca ed accertare i carichi di lavoro degli infermieri per stimare appropriati rapporti infermiere/paziente nella CCU.

Metodi: E' stato condotto uno studio pilota utilizzando un progetto descrittivo e correlazionale. Il campione consisteva in 47 pazienti selezionati casualmente da due CCU. Sono state ottenute 160 registrazioni giornaliere di NAS e CNIS per un periodo di tre settimane. I dati demografici e clinici sono stati raccolti dopo aver ottenuto il consenso informato.

Le analisi statistiche (SPSS 10.0) erano basate su metodi non parametrici (Kendall's tau-b) come anche l'analisi dei dati descrittivi ed i test di affidabilità. Sono state riportate deviazioni standard \pm nella media.

Risultati: I risultati dei dati demografici dei pazienti furono: età 68.64 ± 11.35 , sesso 72.3% femmine, 27.7% uomini, tempo di degenza in CCU 3.48 ± 2.13 giorni, tasso di mortalità 2.1%.

I punteggi giornalieri significativi per NAS furono 35.33 ± 16.08 e per CNIS 63.84 ± 28.7 . Alfa Cronbach fu stimato essere $\alpha=0.65$ per NAS e $\alpha=0.76$ per CNIS. Le misurazioni di NAS e CNIS erano correlate in modo significativo ($r=0.53$, $p<0.01$). I cambiamenti del rapporto paziente/infermiere per ogni turno di lavoro ed ogni giorno furono stimati da NAS come 2.23 ± 0.48 e da CNIS come 2.6 ± 0.52 .

Conclusioni: I risultati preliminari sembrano supportare l'utilità dei sistemi di punteggio di NAS e CNIS come strumenti appropriati di valutazione per l'utilizzo con i pazienti delle CCU greche.

189

Analisi critica degli interventi dell'ambulanza "India 3". Qualità dell'assistenza infermieristica

Critical analysis of the interventions of ambulance "India3". Quality of nursing assistance

Alessandra Lucerni, Roberto Romano, Marco Chisci, Paolo Pratesi

Firenze, Italia. Email: roberto.romano@asf.toscana.it

Contesto: La qualità dell'assistenza infermieristica riguardante l'emergenza territoriale a Firenze: analisi critica degli interventi dell'ambulanza "India3".

Scopo: Lo scopo iniziale di questa ricerca era di descrivere lo "stato dell'arte" dell'assistenza infermieristica nell'emergenza territoriale, analizzando la quantità e la qualità degli interventi fatti dall'ambulanza del 118 chiamata "India3", un veicolo di soccorso con un infermiere a capo della squadra operativa nelle 24 ore nell'area sud del territorio fiorentino.

Metodi: Per questo scopo è stato creato un database per raccogliere le informazioni (file maker 5.5). Sono stati inseriti i file di 2000 pazienti, sugli interventi fatti durante il periodo 01/01/2006 – 30/12/2006. Dall'analisi delle informazioni sono emersi pochi punti critici tra cui, il più evidente, erano le performance diversificate tra i vari operatori. Usando come modello di riferimento il ciclo di miglioramenti PDCA (uno dei classici strumenti di qualità di management) fu fatta un'analisi degli eventi tramite un diagramma di causa-effetto.

Risultati ed implicazioni: I risultati di questa analisi hanno portato alla creazione di un progetto di verifica e revisione della qualità per essere in grado di identificare e confermare un set di indicatori (di processo e di risultato) da monitorare costantemente, che mira a garantire la standardizzazione delle procedure infermieristiche per il veicolo "India3". Gli autori pensano che uno dei punti fermi che attribuisce validità a questo progetto è dovuto al fatto che è la prima ricerca ed analisi di eventi indipendentemente dagli infermieri in qualità responsabili professionali della squadra di soccorso; l'istituzione dell'ambulanza infermieristica operativa dal 1999 nel territorio fiorentino, pone se stessa nel dibattito internazionale per definire un linguaggio infermieristico standard e su come la professione infermieristica può contribuire all'evoluzione del sistema sanitario.

198

Il team dei PICC nel dipartimento di emergenza dell'Azienda Ospedaliera di Careggi, Firenze.

The DEA's PICC Team of the AOU in Careggi, Florence

V. Tucci, Lucia Landini, G. Martini, S. Bausi, F. Salti, M. Trillino, G. Becattini

Firenze, Italia. Email: becattinig@aou-careggi.toscana.it

Contesto: Il PICC è un'importante innovazione tecnologica che ha sostanzialmente cambiato l'approccio filosofico verso il sistema venoso dei pazienti. Nei reparti ordinari d'ospedale, la terapia intravenosa in molti pazienti è somministrata attraverso canali venosi periferici a breve termine, senza prendere in considerazione il tipo di medicinale e l'accesso più adatto per l'infusione, la durata e la frequenza della terapia, la situazione clinica e le altre patologie del paziente, spesso con il risultato di provocare anche serie complicazioni.

Scopo: IL "PICC Team" mira ad introdurre l'uso di cateteri venosi con inserzione periferica, PICCs e Midlines, comunemente usati quando raccomandato, aumentando la qualità dell'assistenza e permettendo agli infermieri di area critica di acquisire competenze infermieristiche avanzate che coprano la gestione completa dei dispositivi, dal momento dell'inserzione al mantenimento. Uno studio epidemiologico fu condotto in un reparto di medicina del A.O.U. di Careggi in Firenze, per valutare l'incidenza delle complicazioni venose subite dai pazienti sottoposti a terapia endovenosa con accessi venosi periferici a breve termine. Furono esclusi dallo studio i pazienti ospedalizzati per meno di tre giorni, quelli su cui l'accesso venoso periferico non era possibile e quelli che già presentavano un accesso venoso centrale. Le complicazioni furono valutate attraverso la compilazione di un questionario in due sessioni giornaliere.

Risultati ed implicazioni: I risultati dello studio pilota dimostrano che le maggiori complicazioni sofferte dalle vene periferiche sono travaso e flebite, in stretta relazione con l'infusione di medicinali nocivi ed irritanti per l'endotelio. I pazienti che hanno avuto una lunga ospedalizzazione hanno subito queste complicazioni quando sono stati ripetutamente soggetti all'incannulazione per la terapia endovenosa. L'uso del PICCs dovrebbe essere preso in considerazione per l'infusione di terapie con medicinali irritanti o che possano danneggiare l'endotelio, e l'uso del Midlines, per i pazienti con lunga permanenza in ospedale, potrebbe essere adatto per terapie attraverso l'inserzione periferica.

Potrebbe essere inoltre necessario garantire che gli infermieri dei reparti ordinari abbiano accesso a competenze infermieristiche avanzate, grazie al contributo di infermieri di area critica.

Bibliografia:

1. Agustides JG. Evidence-based decision making in ultrasound-guided central venous cannulation: choosing between the eye and the ear. *JC Anesthesia*, 2006;18;165-6
2. Biffi R. Peripherally-inserted central venous and midline catheters: a new era. *Nutritional therapy & metabolism*, 2006;24;163.

200

Il coordinatore infermieristico delle attività cliniche nell'urgenza. L'esperienza del Policlinico Tor Vergata

The emergency clinics nursing coordinator. Experience in the Hospital Policlinico Tor Vergata

Silvana Di Florio, Maddalena Galizio, Simona Loppi, Marco Romani

Roma, Italia. Email: romani29@interfree.it

Il Policlinico Tor Vergata di Roma, con la sua mission "Realizzare un nuovo modello di ospedale, umano aperto e sicuro", vuole essere un nuovo modo di concepire e vivere la salute.

I valori cui tende sono la centralità del malato e della sua dignità come persona; la cura, il rispetto e l'impegno al servizio esclusivo del cittadino.

Il Policlinico nel 2006 ha avviato un progetto di miglioramento della qualità dell'assistenza, istituendo la figura del coordinatore clinico. Il progetto si pone come obiettivi l'adozione di una metodologia di lavoro comune e condivisa; la costruzione di strumenti operativi standardizzati per l'espletamento delle attività assistenziali e la costruzione di strumenti di controllo per la verifica e il monitoraggio dell'assistenza erogata.

L'attività dei coordinatori clinici ha seguito la seguente metodologia di lavoro: partendo dalla rilevazione dei bisogni formativi e da un'analisi della criticità rispetto alle attività cliniche del personale infermieristico, sono state stabilite le priorità di intervento, organizzati corsi di formazione dipartimentale e interdipartimentale, e costituiti gruppi di lavoro per la produzione di strumenti operativi.

Nell'area Emergenza Urgenza e Terapie Intensive il coordinatore delle attività cliniche svolge attività di tutorato nei piani formativi del Dipartimento o Unità Operativa di assegnazione e nei confronti degli studenti delle professioni infermieristiche del III anno di corso; pianifica l'inserimento del personale neo-assunto, secondo progetto aziendale; individua le criticità, stabilisce le priorità e coordina l'attività dei gruppi di lavoro per la costruzione di procedure e protocolli nel rispetto della loro autonomia operativa; partecipa alla costruzione degli strumenti operativi e della documentazione infermieristica, in collaborazione con gli altri coordinatori clinici, favorendo la creazione di un clima di consulenza e collaborazione orientato alla standardizzazione degli stessi; orienta la costruzione degli strumenti per l'utilizzo dei dati finalizzati alla ricerca.

Il Coordinatore Clinico "rincorre" l'appropriatezza, l'efficienza, l'efficacia, la sicurezza nella pratica clinica in un ambiente di attenzione e sensibilità che favorisce la crescita professionale, per trasformare il proprio agire in buona pratica.

202

Un nuovo approccio al conteggio dei farmaci

A novel approach to drug calculations

Catherine Plowright

Medway NHS Foundation Trust, Gillingham, Gran Bretagna. Email: catherine.plowright@nhs.net

Contesto: La Medway NHS Foundation Trust, dal 2007 ha insegnato agli infermieri il conteggio dei farmaci in contesto d'aula. Tutti gli infermieri che devono gestire la terapia endovenosa devono frequentare un corso di conteggio dei farmaci e sottoporsi ad un test di calcoli. Nel 2007 abbiamo iniziato ad usare un programma di computer per i calcoli chiamato "Nursing Drug and Dosage Calculations".

Questo programma permette agli infermieri di essere in grado di intraprendere programmi di istruzione e valutazione in una certa quantità di aree come il sistema metrico, frazioni, decimali, l'uso di strumenti infermieristici es. siringhe e contagocce. Ci sono centinaia di domande su calcoli di medicinali, incluse quelle su pastiglie, iniezioni, percentuali di infusione e calcoli complessi basati sul peso.

I risultati individuali venivano poi immediatamente segnati e registrati in un database in modo che i formatori non perdessero troppo tempo nel controllo di tutte le domande. Le persone erano in grado di lavorare in base alla loro velocità individuale e richiedere assistenza se ne avevano bisogno. Loro decidono quando sono in grado di presentarsi alla valutazione finale.

Scopo: Lo scopo di questa verifica era di valutare se gli infermieri trovavano che questo sistema potesse essere di loro beneficio.

Risultati: I questionari furono dati individualmente agli infermieri quando loro si erano sottoposti con successo ad una valutazione sul conteggio degli stupefacenti. Sono state fatte loro numerose domande che includevano se avessero trovato il programma piacevole da usare, se il programma avesse sviluppato le loro abilità nel calcolo e se avrebbero usato in futuro il programma. I risultati sono stati tutti favorevoli e verranno commentati.

Implicazioni per la pratica: Gli infermieri sono in grado di lavorare con i loro tempi e decidono quando vogliono sottoporsi al test di calcolo. Il prossimo passo sarà di coinvolgere altri professionisti della salute come i farmacisti ed i medici nell'uso di questo programma.

206

Depressione e percezione del supporto sociale da parte di amici e parenti nelle persone con amputazione di natura vascolare e non vascolare

Depression and perceived social support from friends and family in person with vascular and nonvascular amputation

Neziha Karabulut, Sevinç Köse, Dilek Kılıç

Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Erzurum, Turchia. Email: nezihe@atauni.edu.tr

Scopo: Questo studio aveva come obiettivo la comparazione tra la prevalenza di depressione tra i pazienti che avevano subito amputazioni traumatiche o chirurgiche ed esaminare la relazione tra la depressione e le caratteristiche socio-demografiche, ed inoltre determinare il supporto sociale percepito che le persone amputate ricevono dai loro familiari e amici.

Metodi: Questo studio ha incluso 51 persone che hanno subito l'amputazione agli arti inferiori. Erano pazienti provenienti dall'esterno ricoverati nel dipartimento di ortopedia e traumatologia.

Risultati: Tra i 51 pazienti dello studio 31.4% erano femmine, 68.6% maschi. Il 66.7% sposati, 47.1% fumatori. Tra i pazienti dello studio, 18 ebbero un'amputazione agli arti inferiori per cause di natura vascolare e 33 per cause non vascolari. La diagnosi di depressione in ogni partecipante fu confermata attraverso l'intervista clinica strutturata per DSM IV versione turca. Il livello di depressione fu valutato utilizzando la scala per la depressione di Beck e il supporto sociale fu valutato in termini di affidabilità con la scala turca per il supporto sociale percepito da amici, scala per la famiglia, scala per il comportamento interpersonale e scala per la probabilità di suicidio. La prevalenza di depressione era di 26.6 % per il gruppo degli amputati per cause vascolari e 17.4% per il gruppo degli amputati per cause non vascolari ($p < 0.05$). Relativamente alla carriera lavorativa/professionale, il livello di depressione nei disoccupati era maggiore di quello nei non disoccupati.

Il supporto che i pazienti si aspettavano da amici e familiari era basso. Il livello di depressione era elevato nei pazienti fumatori, mentre il supporto sociale atteso da amici e familiari era basso. Sesso e guadagno furono riscontrati come non significativi.

Conclusioni: I precedenti studi dimostrano un'alta prevalenza di disturbi depressivi tra gli amputati in generale. I nostri risultati indicano che la depressione è una condizione comune tra i pazienti amputati.

209

Un team di cura infermieristica per i trattamenti extra corporei nelle unità di terapia intensiva

A team of nurse care for extra-corporeal treatments in the Intensive Care Units

Vincenza Guadagno

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi, Bologna, Italia.

Email: vincenza.guadagno@aosp.bo.it

Ambito: Nell'ultimo decennio, la divisione "Nefrologia Dialisi ed Ipertensione" è il punto di riferimento per i trattamenti extra-corporei sia nei pazienti con insufficienza renale acuta sia nei pazienti con insufficienza multiorgano accolti nelle terapie intensive dell'ospedale universitario S. Orsola Malpighi di Bologna. A causa delle condizioni critiche di questi pazienti, quando è necessario un trattamento extracorporeo, i nostri infermieri si spostano dal reparto di dialisi per andare nelle terapie intensive, al fine di mettere in atto il trattamento richiesto nell'unità in cui il singolo paziente è ricoverato. Svariate tecniche avanzate di dialisi vengono utilizzate, sia per trattamenti continui che per trattamenti ad intermittenza e più pazienti contemporaneamente possono aver bisogno di un trattamento extracorporeo. Negli ultimi anni c'è stato un incremento del numero di pazienti trattati, passando da 500 nel 2000 a 1300 nel 2007.

Scopi: E' necessario fornire risposte sempre più appropriate in termini di qualità, innovazione, flessibilità, costi e valorizzazione infermieristica. In modo specifico, è necessario garantire la sicurezza del trattamento, adottare sistemi informativi innovativi e supportare lo sviluppo delle capacità avanzate infermieristiche.

Risultati ed implicazioni: Il modello organizzativo prevede la presenza di un infermiere dedicato dalle 7 del mattino alle 13 e dalle 13 alle 19 del pomeriggio. Negli ultimi anni, l'attività di dialisi è incrementata e, quando il trattamento dialitico non può essere ritardato, crea svariate difficoltà organizzative. Noi perciò proponiamo un nuovo modello organizzativo composto da un team professionale e da un supervisore clinico infermieristico.

I risultati attesi possono essere espressi in termini organizzativi, economici e anche in termini di ricadute professionali. Lo sviluppo di capacità professionali, conoscenze e motivazione può essere acquisito mediante i master in area critica.

Bibliografia:

1. Faenza S, Santoro A e al Acute renal failure requiring renal replacement therapy after orthotopic liver transplantation. *Transplant Proc.* 2006 May;38(4):1141-2.
2. Gareth M. *Imagination. The Art of Creative Management* Franco Angeli 1996.
3. Hammer M, Champy J. *Reengineering the Corporation* Sperling & Kupfer 1994.

217

Può il punteggio di attività infermieristica NAS essere usato in area critica per la misurazione dei carichi di lavoro?

Can nursing activities score-NAS be used in ICU nursing workload measurement?

Siv K Stafseth MSc, RN

Rikshospitalet, Oslo Norvegia. Email: Siv.Stafseth@rikshospitalet.no

Ambito: Il carico di lavoro infermieristico è stato documentato con strumenti differenti. Lo score dei nove equivalenti della forza lavoro infermieristica NEMS ha uno scarso potere discriminante per il carico di lavoro a livello del paziente (1).

Il NEMS è ampiamente utilizzato per scopi organizzativi. Lo strumento NAS fu sviluppato nel 2003 (2).

Il sistema NAS è basato su un accertamento in tempo reale, la durata delle attività infermieristiche, indipendentemente dalla gravità della malattia del paziente. In Europa e Sud America (3) è stata iniziata la registrazione attraverso il NAS. Il nostro studio è supportato da NaCCN (Associazione nazionale norvegese infermieri di terapia intensiva).

Scopi: Gli scopi di questo studio furono quelli di implementare e analizzare l'utilizzo del NAS a livello del paziente individualmente e di valutare l'associazione del NAS e NEMS in quattro terapie intensive della Norvegia per un periodo di un mese, nel 2008. Il NAS e il numero di infermieri viene analizzato in ogni turno.

Risultati: La raccolta dati verrà completata a fine giugno. I risultati di almeno 1000 rilevazioni ed i punteggi verranno presentati in sede di congresso.

Implicazioni: Lo studio è finalizzato ad utilizzare lo strumento NAS per la predizione e la pianificazione dell'allocazione dello staff infermieristico ad ogni singolo paziente in terapia intensiva. Il NAS dovrebbe essere più idoneo e di base per la valutazione in tempo reale degli infermieri.

Bibliografia:

1. Reis Miranda D, Moreno R, Iapichino G. Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). *Intensive Care Med* 1997;23: 760-765.
2. Reis Miranda D, Nap R, de Rijk A, Schaufeli W, Iapichino G, et al. Nursing activities score. *Crit Care Med* 2003;31(2): 374-382.
3. Padilha KG, Cardoso de Sousa RM, Queijo AF, Mendes AM, Reis Miranda D. Nursing Activities Score in the intensive care unit: Analysis of the related factors. *Intensive and Critical care Nursing* 2007

223

Attitudini e conoscenze degli infermieri di area critica riguardo alla gestione del dolore nei pazienti critici

Attitudes and knowledge of intensive care nurses regarding the management of pain in the critically ill

A. Pagiannopoulou¹, E.D.E. Papathanassoglou²

¹General Oncology Hospital Kifisias "Agiou Anargyroi", ²University of Athens, School of Nursing, Atene, Grecia. Email: elipapa@nurs.uoa.gr

Scopo: Analizzare: a) le conoscenze degli infermieri greci riguardo al dolore nei pazienti critici, b) le attitudini degli infermieri verso i pazienti criticamente malati che presentano dolore, e, c) l'associazione dei punti precedenti con le caratteristiche organizzative del reparto e le caratteristiche professionali degli infermieri.

Metodi: Uno studio descrittivo correlazionale fu utilizzato in cinque terapie intensive randomizzate e due reparti per ustionati ad Atene, Grecia. I dati vennero raccolti attraverso un questionario composto da tre sottoscale Likert-4 e da domande demografiche, le quali furono sviluppate attraverso una revisione della ricerca, un gruppo di esperti e uno studio pilota. Le sottoscale consideravano: a) conoscenza generale e attitudini rispetto la valutazione e la gestione del dolore, b) conoscenze e attitudini rispetto la necessità di analgesia, e c) la cultura della terapia intensiva e le politiche rispetto il dolore. I questionari furono distribuiti a 130 membri tra il personale infermieristico.

Risultati: I punteggi per le conoscenze/attitudini generali inerenti il dolore dei pazienti in terapia intensiva furono da bassi a moderati (M: 19.9+-7.9, scala range:0-37). I punteggi di conoscenze/attitudini rispetto la necessità di analgesia dimostrati furono moderati (M: 5.9+-1.3, scala range: 0-11). Differenze significative furono osservate nelle conoscenze/attitudini generali rispetto al dolore tra i partecipanti con diverse conoscenze di base (p=0.008), e gli anni di esperienza infermieristica (r=0.25, p=0.024).

Tra coloro che risposero, il 59.8% segnalò che la gestione del dolore è molto importante. Comunque il 22.8% non furono soddisfatti della collaborazione col medico riguardo l'analgesia, e oltre il 50% ha incontrato svariati ostacoli. Quelli con più anni di esperienza tra coloro che hanno risposto, rispetto a coloro che parteciparono a seminari, riscontrarono di avere una maggiore autonomia per l'analgesia (p<0.03). Gestire il dolore risultò più importante per coloro a cui vennero insegnate strategie per la gestione del dolore (p=0.031).

Conclusioni: Questi risultati indicano insufficienti livelli di conoscenze/attitudini degli infermieri greci rispetto alla gestione del dolore nei pazienti critici e forniscono evidenza per l'associazione tra le conoscenze/attitudini ed il livello del dolore e il tipo di formazione. Sono necessari cambiamenti nello staff delle rianimazioni greche, nel training degli infermieri e nella creazione di protocolli.

224

Indagine preliminare delle conoscenze ed attitudini degli infermieri di area critica greci sulla valutazione e gestione dell'ipertensione endocranica

Preliminary investigation of Hellenic critical care nurses' knowledge and attitudes towards the assessment and management of high intracranial pressure

L. Avramopoulou¹, G. Vasilopoulos¹, E.D.E. Papathanassoglou²

¹General Hospital of Athens, ²University of Athens, School of Nursing, Atene, Grecia.

Email: elipapa@nurs.uoa.gr

Scopo: a) Sviluppare un questionario per la valutazione delle conoscenze infermieristiche e delle attitudini rispetto l'accertamento e l'assistenza dei pazienti con elevata pressione intracranica (ICP), b) indagare sulle conoscenze ed attitudini degli infermieri di area critica greci, ed il loro livello di autonomia nella pratica della gestione della pressione intracranica elevata.

Metodi: Un disegno metodologico fu impiegato attraverso la revisione della letteratura, un gruppo di esperti e uno studio pilota. Risultati preliminari furono raccolti attraverso un campione di convenienza di 56 infermieri di 6 terapie intensive di 4 ospedali pubblici di Atene.

Risultati: Lo strumento di raccolta dati consiste in 4 sottoscale Likert-4 indirizzate a: a) conoscenze rispetto al monitoraggio dei pazienti con elevata ICP, b) conoscenze dell'impatto degli interventi infermieristici, c) l'autonomia infermieristica nella gestione della ICP elevata, e d) conoscenze generali rispetto alla gestione dei pazienti con trauma cranico. I questionari hanno dimostrato una adeguata sicurezza interna (Cronbach's $\alpha=0,82$), e validità attraverso il test-retest (Pearson's $r>0,9$). I partecipanti dimostrarono score più elevati nelle domande correlate al monitoraggio dei pazienti (M: $12,21\pm 1,44$, subscale massimo: 14), e in generale conoscenze rispetto l'assistenza dei pazienti traumatizzati cranici (M: $3,4\pm 1,05$, subscale massimo: 5).

Al contrario la loro conoscenza rispetto l'impatto degli specifici interventi infermieristici sui valori di ICP è risultata limitata (M: $17,57\pm 2,93$, subscale massimo: 23). L'autonomia percepita dai rispondenti rispetto alla gestione degli interventi infermieristici a ICP elevata era bassa (M: $15,76\pm 7,84$, subscale massimo: 36).

Conclusioni: Questi risultati e il questionario richiedono futura ricerca a causa dei limiti nel campionamento. Tuttavia, questo studio pilota per la valutazione delle conoscenze infermieristiche e delle attitudini rispetto alla gestione di una ICP elevata appaiono affidabili e validi. La conoscenza relativamente limitata e la bassa autonomia di questi infermieri di area critica rispetto alla gestione di elevate ICP suggerisce la necessità di una formazione professionale rigorosa al fine di migliorare l'assistenza infermieristica di questo gruppo di pazienti sensibili.

226

Procedure infermieristiche dolorose in area critica. Progetto di sviluppo delle pratiche

Pain nursing practices at the ICU. Practice development project

Lundgrén-Laine H¹, Haltia P², Henriksson U², Kajoranta R², Ryhänen M², Salanterä S^{1,3}

¹University of Turku, Finland, ²Turku University Hospital, Finland, ³The Hospital District of Southwest Finland.

Email: hklula@utu.fi

Ambito: La gestione del dolore è un aspetto difficile ed una sfida nelle terapie intensive. In base ad una revisione pregressa, nella nostra unità operativa l'utilizzo di scale per il dolore è scarso e la documentazione sul dolore è insufficiente. Un progetto pratico di sviluppo con due misurazioni fu condotto in una terapia intensiva medico-chirurgica finlandese di 24 posti letto. Nella prima fase, gli infermieri (68 su 122) risposero a un'indagine composta da quattro domande, ove l'interesse e le attitudini rispetto all'infermieristica del dolore e la formazione vennero misurate con la scala VAS (0-10). Nella seconda fase, 77 infermieri di 122 si intervistarono tra loro a coppie e descrissero le pratiche infermieristiche per il dolore di un paziente durante un turno attraverso un questionario a domande aperte. Da questo lavoro venne condotta un'analisi dei contenuti.

Scopo: Il nostro scopo era quello di valutare le pratiche infermieristiche rispetto al dolore sulla base della riconsiderazione e della revisione della pratica individuale.

Risultati: Gli infermieri furono abbastanza soddisfatti rispetto alla loro assistenza per il dolore (media della VAS 6,2) ma a livello di unità operativa si percepirono maggiormente insoddisfatti (media della VAS 5,4).

Gli infermieri furono pronti a cambiare la loro pratica lavorativa (media della VAS 8,4) e si aspettavano una maggiore formazione rispetto al trattamento del dolore, trattamenti diversi per il dolore e l'accertamento del dolore. L'accertamento della seconda fase dimostrò che un terzo dei pazienti era incapace a comunicare il proprio dolore e che il 39% degli infermieri era insicuro sulla soddisfazione dei pazienti rispetto all'infermieristica del dolore. Consultazioni sulla gestione del dolore erano principalmente fatte con i colleghi e i medici ma anche abbastanza frequentemente con i parenti. I fattori valutati con influenza sul dolore erano i seguenti: rumori, drenaggi e tubi, ventilazione meccanica, freddo e luci. I metodi per la valutazione del dolore furono: chiedendo, innalzamento della pressione arteriosa o della frequenza o espressioni o movimenti.

La valutazione del dolore era principalmente fatta prima o durante i trattamenti.

Implicazioni: La nostra indagine ha dimostrato la necessità di obiettivi educativi per il futuro e una sfida per gli infermieri nel riconsiderare le pratiche infermieristica verso il dolore. Il progetto continuerà con la finalità di costruire un modello ideale per l'infermieristica del dolore.

Riconoscimenti: speciali ringraziamenti al personale della terapia intensiva per il loro contributo.

231

L'agopuntura come terapia complementare nella nausea e nel vomito post operatorio

Acupuncture as complementary therapy for postoperative nausea and vomiting

Annette Vennegaard, RN, CCRN, TCM-acupuncturist, Rikke Bøgelund Madsen, RN, CCRN Pia Larsen, RN Randers Hospital, Denmark. Email: Vennegaard@mail.dk

Ambito: La nausea e il vomito postoperatorio (PONV) è uno degli eventi avversi più comuni dopo chirurgia e anestesia. Le spiacevoli sensazioni di nausea e anche l'urgenza di vomitare sembra che coinvolgano i pazienti con maggiore frequenza dei dolori postoperatori. Inoltre, c'è un rischio di complicanze postoperatorie ed un protrarsi della permanenza nella recovery room. La meta-analisi dimostra che la agostimolazione (agopuntura, agopressione etc) è altrettanto efficace dei farmaci nel ridurre il PONV (1,2,3). Ancora, l'agostimolazione è sicura ed ha effetti collaterali minimi. Il metodo utilizzato negli studi è la stimolazione del punto per ago Pericardio 6 (P6).

Scopi: 1) Implementare l'agopuntura come trattamento di prima scelta per nausea e vomito; 2) minimizzare gli effetti collaterali degli antiemetici e migliorare il benessere del paziente; 3) attraverso la conoscenza teorica, tirocinio pratico e supervisione al letto del paziente, assicurare che gli infermieri diventino esperti nella puntura di P6.

Risultati: Da Novembre 2007 a Febbraio 2008: 133 (23%) pazienti furono registrati con manifestazioni di PONV; 61 (46%) dei pazienti ricevettero agopuntura; 32 (24%) non accettò il trattamento con agopuntura; 40 (30%) erano troppo sedati, instabili o incapaci di comprendere la lingua danese.

Nel gruppo dei 61 pazienti (46%) che hanno ricevuto l'agopuntura, 56% non ha avuto nausea dopo il trattamento. Il resto dei pazienti ha avuto bisogno di trattamenti antiemetici. È importante sottolineare che i risultati sono influenzati dal numero di pazienti limitato e dal fatto che gli infermieri hanno ancora una scarsa esperienza nella puntura di P6.

Il progetto durerà ancora un anno e un audit intermedio verrà fatto a giugno 2008.

Implicazioni: Si ha motivo di ritenere che l'implementazione dell'agopuntura confermerà che i pazienti nella recovery room avranno una riduzione di PONV ed una riduzione degli effetti collaterali degli antiemetici.

Sono attualmente in fase di preparazione linee guida cliniche per i pazienti con PONV trattati con agopuntura e verranno spedite all'Istituto Nazionale per le Linee Guida di evidence-based nursing.

1. Shiao S-YP, Dune LS. Metaanalyses of Acustimulations: Effects on nausea and vomiting in postoperative adult patients. *Explore* May 2006, Vol.2, No3.
2. Lee A, Done ML. Stimulation of the wrist acupuncture point P6 for preventing postoperative nausea and vomiting (Review) *The Cochrane Library* 2007, Issue 4.
3. Chernyak GV, Sessler MD. Perioperative Acupuncture and Related Techniques. *Anaesthesiology* 2005 May;102(5):1031-1078.

235

Le esperienze vissute dagli altri malati dopo la rianimazione cardiopolmonare

The experiences that had been lived by the other patients after cardiopulmonary resuscitation

Birgul Armutcu RN, Vesile Unver RN PhD, Turgay CelikMD, Atila Iyisoy MD, Haluk Armutcu RN

Department of Nursing, Gulhane Military Medical Academy, Ankara, Turkey. Email: vesileu2000@yahoo.com

Scopo: Nelle terapie intensive, nel momento in cui è necessario praticare una RCP, tutta l'attenzione è concentrata sulle pratiche di RCP. Questo studio è stato pianificato in termini descrittivi, per rilevare che cosa gli altri pazienti vivono durante le procedure di RCP e come queste li coinvolgono.

Metodi: Questo studio include 30 pazienti che hanno accettato di parteciparvi e che erano ospedalizzati al Gulhane Military Medical Academy (GMMA) Ankara, Turchia, in terapia intensiva coronaria, nel periodo compreso tra dicembre 2005 e aprile 2006. Questo studio è disegnato per un'analisi di tipo quantitativo e di tipo qualitativo. Il questionario comprende: parametri fisiologici del paziente (pressione arteriosa, frequenza prima e dopo le manovre di RCP), tipologia del riposo, stato nutrizionale, tecniche utilizzate per rilassarsi e che cosa i malati hanno provato durante le manovre di RCP. Inoltre, sono state a loro volta inserite nello studio anche le dichiarazioni dei pazienti inerenti questi problemi.

Risultati: Per questo studio sono stati intervistati 8 donne (26.6%) e 22 maschi (73.4%). I cambiamenti dei parametri fisiologici furono osservati in 7 (23.3%) dei pazienti del gruppo che ha assistito alle manovre di RCP. I giovani e i pazienti ricoverati per la prima volta in terapia intensiva, immediatamente vollero esser trasferiti di reparto ed associarono cambiamenti nell'alimentazione e nelle abitudini del sonno. 12 pazienti (40%) inoltre, ebbero problemi ad assumere cibo correlate alla perdita di appetito e a sintomi di nausea, mentre nessuna differenza nelle abitudini alimentari venne rilevata in 18 pazienti (60%). Quando abbiamo analizzato le risposte alle domande correlate alle aspettative dei pazienti verso gli infermieri, 21 pazienti (70%) affermarono che la procedura doveva essere effettuata impedendone la visione agli altri pazienti e che ad essi doveva essere dedicato del personale durante le manovre di RCP.

Conclusioni: Alla fine dello studio, abbiamo osservato che, sesso, età, esperienze di terapia intensiva precedenti hanno in modo importante influenze sulla vita di coloro che sono testimoni di procedure di RCP. Inoltre, pensiamo che possono esistere esperienze diversificate dopo RCP tra i pazienti che sono ricoverati in terapie intensive mediche e chirurgiche.

236

I problemi incontrati dai malati in trattamento ventilatorio e la percezione degli infermieri

Challenges faced by patients treated with mechanical ventilation and perception level of the nurses

Vesile Unver RN PhD, Nalan Akbayrak RN PhD

Department of Nursing, Gulhane Military Medical Academy, Ankara, Turkey. Email: vesileu2000@yahoo.com

Scopo: Lo studio è stato condotto al fine di determinare il livello di percezione degli infermieri rispetto alle problematiche affrontate dai pazienti trattati con ventilazione meccanica (MV) e quali tipologie di tentativi erano utilizzati dagli infermieri per alleviare tali problemi.

Metodi: Lo studio è stato condotto al Gulhane Military Medical Academy (GMMA) Ankara, Turchia, tra il 1 marzo 2006 e il 30 aprile 2006. Venne creato un gruppo di studio di 50 infermieri, i quali avevano trattato pazienti ventilati meccanicamente, partecipanti a titolo volontario ed informati dello studio. Per la raccolta dei dati venne adottato un questionario.

Il questionario è stato preparato da ricercatori dopo revisione della letteratura. I dati sono stati valutati utilizzando diversi metodi quali le percentuali, la media e il test del chi-quadro.

Risultati: Il 98% degli infermieri dichiararono le fonti di stress per i pazienti collegati a MV come stress provato dagli stessi pazienti (come mancanza di aria, paura ecc.), l'80% indicò i problemi di comunicazione e il 24% dichiarò efficaci gli interventi infermieristici implementati.

La maggior parte degli infermieri (98%) dichiarò come fonte principale di stress l'ansia causata dall'ambiente della terapia intensiva e dalla limitazione dei movimenti. L'80% degli infermieri dichiarò di aver avuto problemi di comunicazione con i malati collegati al ventilatore.

Gli infermieri hanno dichiarato che le principali fonti di stress sono state l'ansia provocata dalla limitazione dei movimenti (34%), i problemi di comunicazione (26%) e la paura di soffocare (24%).

Gli infermieri fanno ricorso a pratiche quali la rimozione di fattori disturbanti come i rumori o le fonti luminose, distrazioni (facendo ascoltare musica) o riordinare con minore frequenza la terapia intensiva, mentre fanno ricorso a pratiche quali parlare per alleviare l'ansia (70%) e informare di più (48%).
 Conclusioni: Sarebbe di grande aiuto per i pazienti nel combattere lo stress se gli infermieri fossero consapevoli dello stress causati ai pazienti sia dall'essere connessi alla macchina per la ventilazione meccanica sia dall'ambiente di terapia intensiva.

237

Per quali motivi gli infermieri esperti in terapia intensiva non vogliono lavorare nel reparto per lungo tempo?

Why do not experienced intensive care nurses want to work in the unit for a long time?

Birgul Armutcu RN, Vesile UniverRN PhD, Burcin Ozen RN, Turgay Celik MD, Atilla Iyisoy MD
 Department of Nursing, Gulhane Military Medical Academy, Ankara, Turchia.
 Email: birgularmutcu@yahoo.com

Scopo: Questo studio è progettato per esporre le motivazioni che portano gli infermieri esperti a non voler lavorare per lungo tempo nelle unità di terapia intensiva, attraverso il metodo dell'investigazione descrittiva.
 Metodi: Lo studio è stato condotto all'Accademia Medica Militare di Gulhane (GMMA) tra il 1 dicembre 2007 e il 15 marzo 2008. Il gruppo di studio includeva 150 infermieri che hanno lavorato nelle terapie intensive chirurgiche e internistiche del GMMA per almeno 2 anni e che erano disponibili a partecipare con schede di consenso informato. Per la raccolta dati è stato utilizzato un modulo composto di due sezioni. Questo è stato preparato dai ricercatori dopo una ricerca della letteratura. La prima sezione includeva domande relative a proprietà descrittive degli infermieri, mentre la seconda consisteva nell'esaminare dei fattori che influenzavano le ragioni per non voler lavorare in terapia intensiva. I dati sono stati determinati come numeri, percentuali e utilizzando un test chi-quadrato.

Risultati: L'età media degli infermieri che hanno partecipato allo studio era di $30,59 \pm 3,76$, un'esperienza occupazionale totale $10,59 \pm 4,55$ e il tempo totale di lavoro in terapia intensiva di $5,14 \pm 3,68$ anni. Sono state osservate le ragioni per cui gli infermieri lasciano le unità di terapia intensiva: opportunità economiche insufficienti a confronto delle condizioni di duro lavoro e non sufficiente apprezzamento dall'amministrazione in tutti i casi (100%), problemi di salute nell'86,7% (n. 130); lavorare in terapia intensiva influenza negativamente la vita familiare e fare altri compiti non infermieristici a causa di uno staff di scarso aiuto, come altre cause.

Conclusione: In sostanza, gli infermieri non vogliono lavorare nelle unità di terapia intensiva a causa delle condizioni economiche insufficienti, perché devono adoperarsi in attività al di fuori del proprio lavoro, l'eccessivo numero di pazienti per singolo infermiere e lunghi periodi di lavoro.

240

Il ruolo dei presidi senza ago nella riduzione delle infezioni del circolo ematico catetere-correlate.

The role of needle-free devices in the reduction of Catheter Related Blood Stream Infections

Alberto Lucchini, A. Giiuffrida, L. Poloniato, M. Martino, S. Vimercati, F. Tremolada, M. Sapia, P. Corsaro
 Ospedale San Gerardo, Università Milano-Bicocca, Monza, Italia. Email: a.lucchini@hsgerardo.org

Contesto e scopo: Le linee guida EPIC 2007 raccomandano l'adozione di strategie preventive per ridurre il CRBSI e queste possono essere riassunte come segue: l'uso di clorexidina al 2% per la disinfezione del sito d'inserzione dei cateteri vascolari, le massime precauzioni sterili di barriera durante l'inserzione del catetere, la sostituzione del CVC in presenza di infezione, l'uso di indumenti in poliuretano, l'uso di gel a base di alcol per la disinfezione delle mani, la sostituzione delle linee infusive almeno ogni 96 ore, l'uso di dispositivi senza ago, la disinfezione di ogni via d'accesso prima della connessione.

Materiali e metodi: Sono stati trattati in accordo con la strategia sovradescritta tutti i pazienti ricoverati nella nostra Terapia Intensiva negli ultimi 12 anni. Tutte le linee infusive sono state trasformate in linee a circuito chiuso con accesso attraverso un dispositivo senza ago (Nionecteur Vygon, France and Clave, ICU Medical, U.S.A.). I dispositivi senza ago permettono la completa disinfezione del sito d'accesso prima della connessione.

I dispositivi senza ago sono stati posizionati nella maniera seguente: tra la camera del catetere e la linea infusiva, su ogni rubinetto, tra la siringa e la linea della pompa a siringa. Come procedura standard abbiamo utilizzato rubinetti e linee infusive (4, 5 e 8) con dispositivo "senza ago" già incluso e quindi impossibile da staccare.

Anche le linee infusive delle pompe avevano dispositivi senza ago. I dispositivi sono stati anche utilizzati nelle linee di monitoraggio (Swan-Ganz, CVP, arteriali e CVVH). Tutti i dispositivi senza ago e le siringhe delle pompe a siringa sono state sostituite ogni 96 ore, incluse quelle contenenti lipidi.

Quando si sospettavano infezioni correlate ai cateteri, a cui seguiva una diagnosi clinica, si provvedeva a spedire la punta del catetere e tre campioni di sangue periferico al laboratorio di microbiologia. La diagnosi di CRBSI veniva confermata se c'era una coincidenza di contaminazione del catetere con il patogeno isolato nella coltura ematica.

Infections per 1000 days total (all catheters)	0,70
infections per 1000 days CVC	1,30
Infections per 1000 days Swan-Ganz catheter	0,33
Infections per 1000 days Arterial catheter	0

Infections per 1000 days CVVH catheter	0
CDC e EPIC 2007 indicators	4,5

Risultati: I giorni nella nostra Terapia Intensiva erano 7095. La suddivisione dei giorni era la seguente: CVC 3070 giorni, cateteri arteriosi 3000 giorni, Swan-Ganz 750 giorni, CVVH 275 giorni.

I CRBSI erano 5 divisi come segue: 4 per CVC (patogeni isolati Enterococcus Faecalis, Raoutella ornithinolytica, Candida glabrata, Klebsiella pneumonia), 1 CRBSI di un catetere di Swan-Ganz (patogeno isolato: Staphylococcus aureus).

Utilizzando gli indicatori consigliati dal CDC di Atlanta e le linee guida EPIC il tasso di infezione è stato espresso per 1000 giorni (la linea guida impostava un limite di 4.5 CRBSI per 1000 giorni di cateterismo).

Conclusioni: L'aderenza delle raccomandazioni suggerite dalle linee guida, l'uso di linee incisive monitorizzate con dispositivi privi di ago su tutte le vie di accesso ha permesso un tasso minore di CRBSI nella nostra TI rispetto a quanto riportato in letteratura.

241

Polmoniti associate a ventilatore ed aspirazioni endotracheali: il ruolo del TBA Care®

Ventilator Associated Pneumonia and endotracheal suctioning: the role of TBA Care®

Alberto Lucchini, R. Gariboldi, S. Elli, P. Tundo, L. Iannuzzi, C. De Felippis, G. Foti, R. Fumagalli, A. Pesenti
Ospedale San Gerardo, Università Milano-Bicocca, Monza, Italia. Email: a.lucchini@hsgerardo.org

Introduzione: Il TBA Care è un dispositivo che è recentemente comparso sul mercato. Lo scopo è di rilevare precocemente e accuratamente la presenza di secrezioni endotracheali in pazienti ventilati artificialmente con una protesi respiratoria.

Metodi: 72 pazienti ventilati meccanicamente per più di 48 ore sono stati randomizzati in due gruppi.

Nel gruppo di controllo (36 pazienti) l'aspirazione è stata svolta dall'operatore che ne seguiva le indicazioni cliniche, o almeno ogni otto ore di assenza di segni clinici di necessità. I pazienti connessi a TBA Care (36) sono stati aspirati solo su indicazione del dispositivo. In tutte le procedure di suzione sono state registrate le seguenti variabili: indicazione per routine aspiratoria (otto ore di assenza di segni clinici), tosse, dispnea, diminuzione del volume di tidal nella ventilazione a pressione controllata, aumento della PIP nella CPPV, richiesta del paziente, secrezioni visibili nel tubo endotracheale, desaturazione), quantità delle secrezioni, sequenza dell'aspirazione.

La CPIS (Scala Clinica di Infezioni Polmonari) è stata registrata in tutti i pazienti alla dimissione e ogni volta che veniva effettuata un'esame microbiologico delle secrezioni tracheali (broncoaspirato).

Risultati: Il numero di procedure di suzione era significativamente differente nei due gruppi (Tabella 1).

Il numero di procedure non necessarie di aspirazione (senza secrezioni presenti) era significativamente differente non solo nel numero totale di procedure di suzione, ma anche nell'ammontare totale delle procedure di aspirazione di ogni singolo paziente.

Tabella 1

	N.° procedure di suzione per paziente	Giorni di studio	Suzioni medie per giorno	Secrezioni medie per giorno	Secrezioni per procedura	Procedure di suzione non necessarie	% procedure di suzione non necessarie	Procedure di suzione non necessarie per giorno
TBA Group	36.83	10.67	3.81	6.73	1.87	0.36	1.19	0.11
Control group	48.92	11.17	4.52	8.01	2.44	6.25	14.56	0.63
p. value	0.06	0.355	0.002	0.111	0.853	0.0001	0.0001	0.0001

La sequenza della distribuzione della suzione era significativamente alta ($p=0.0001$). (Tabella 2)

Tabella 2

	c	cc	ccc	cp	ca
TBA Group	492.0	699.0	90.0	27.0	3.0
Control Group	293.0	1087.0	234.0	36.0	33.0

L'aumento di CPIS (differenza tra CPIS al ricovero e massima CPIS durante il ricovero stesso) è mostrato in tabella 3.

Tabella 3

	CPIS on admission	CPIS max	delta
TBA Group	4.75±1.87	4.86±1.85	0.11
Control Group	4.25±1.89	5.72±1.89	1.47
p value	0.142	0.79	0.001

La ritenzione di secrezioni ha indotto eventi avversi ($>$ PIP in CPPV, $<$ volume tidal in pressione controllata, desaturazione), erano molto meno frequenti nel gruppo TBA Care (Table 4)

Tabella 4

	> PIP in CPPV	< TV in PC	< Sat. O2 art
TBA Group	5	5	8
Control Group	41,0	21,0	76,0

Conclusioni: L'uso di un dispositivo che rileva in tempo secrezioni endotracheali permette di effettuare la suzione endotracheale prima della ritenzione di secrezioni attuale e prima che esse provochino un deterioramento nella condizione del paziente (segni vitali).

Il TBA Care permetterà una riduzione nell'ammontare di procedure sottive non necessarie. Il dispositivo ridurrà anche il numero di passaggi per procedura diminuendo di conseguenza il danno iatrogeno alla mucosa tracheale. La rimozione precoce delle secrezioni messo in atto dal TBA Care ha un ruolo nella prevenzione delle VAP.

242

Il monitoraggio BIS™ per la valutazione del livello di sedazione durante il posizionamento in pronazione in terapia intensiva

BIS™ monitoring to evaluate the sedation level during prone positioning in intensive care

G. Pilucchi, A. Lucchini, V. Chinello, V. Lollo, M. Schena, S. Vimercati, E. Asnaghi, A. Costanzo, M. Sasso
Ospedale San Gerardo, Università Milano-Bicocca, Monza, Italia. Email: a.lucchini@hsgerardo.org

Tipo di studi: osservazionale retrospettivo.

Introduzione: L'Indice Bispettrale (BIS) è un parametro processato con EEG che fornisce una misura diretta (o indice) per gli effetti degli anestetici o altri agenti farmacologici sullo stato ipnotico del cervello. Questo strumento fornisce un'informazione obiettiva sulla risposta a farmaci sedativi nel singolo paziente, ed è correlato a punteggi validati clinicamente sulla sedazione con il RASS e Ramsay.

Obiettivo: Valutare le tendenze dei valori del BIS nei pazienti in posizione prona, poiché studi clinici hanno indicato che il livello di sedazione e la necessità per ulteriore sedazione potrebbero essere valutati prima della posizione prona, per garantire un adattamento corretto alla ventilazione in una posizione simile.

Metodi: Abbiamo registrato i valori del BIS prima, durante e dopo il posizionamento prono utilizzando un monitoraggio continuo integrato (Innovian Draeger Medical), durante 10 manovre di posizionamento prono e ritorno a posizione supina in pazienti con ARDS.

Risultati: Nella situazione iniziale i pazienti avevano un valore medio BIS di 41.4 ± 11 durante la manovra e 65 ± 14 con una variazione media di 23 ± 10 punti.

Quando il paziente era nella posizione prona dopo 15 minuti il valore medio BIS era 41.1 ± 9.7 con una variazione media di 0.7 ± 7.4 confronto alla posizione iniziale e -22.9 ± 9.8 rispetto alla manovra di posizionamento prono. Durante il ritorno alla posizione supina abbiamo registrato valori simili: un BIS medio di 60.5 ± 15.1 con una variazione di 19 ± 8.1 punti rispetto alla posizione prona, 19 ± 13.2 rispetto a quella iniziale. Quando il paziente era supino abbiamo registrato un BIS medio di 42.7 ± 11.6 con una variazione di 0 ± 5.2 rispetto alla posizione prona e 0.7 ± 6.7 rispetto quella iniziale.

Conclusioni: Abbiamo registrato un aumento del BIS (valore p minore di 0.001) durante i cambi di posizione ma non durante la posizione prona.

244

Esperienze di comunicazione degli infermieri di terapia intensive con i parenti più stretti

ICU nurses' communication experiences with close relatives

Nuran Tosun RN PhD, Ayla Yava RN PhD, Hatice Çiçek RN PhD, Celale Özcan RN PhD
GATA Hemsirelik Yüksek Okulu, Ankara, Turchia. Email: ntosun2002@yahoo.com

Scopo: Lo scopo dello studio era di descrivere la comunicazione delle esperienze degli infermieri di terapia intensive con i parenti stretti dei pazienti.

Metodi: E' stato utilizzato un progetto qualitativo e fenomenologico. La raccolta dei dati è stata portata a termine attraverso un gruppo focale intervistato in sei sottogruppi. Lo studio ha coinvolto 36 infermieri volontari dal 1 al 31 marzo 2008. E' stata utilizzata un'intervista semistrutturata e le interviste sono state registrate. I dati ottenuti sono stati valutati utilizzando il metodo di analisi fenomenologica dei dati dallo schema di Colaizzi.

Risultati: La comunicazione delle esperienze dei partecipanti sono state categorizzate nei seguenti temi: fattori influenti la comunicazione, le attese dei parenti, i conflitti del ruolo di infermieri, moderatori e reazione allo stress. I partecipanti hanno denotato che i fattori di comunicazione più importanti con i familiari erano la condizione fisica dei pazienti, l'età, la percezione della condizione da parte dei familiari, e la comunicazione delle esperienze degli infermieri. Essi hanno riportato che comprendevano le necessità di informazione, rispetto le condizione dei loro pazienti, laddove si astenevano dalla spiegazione a causa della paura che queste fossero false o mancanti o che avrebbero fornito spiegazioni non autorizzate. Hanno anche suggerito che potrebbe essere utile un approccio di gruppo rispetto ai metodi di comunicazione con le famiglie. È stato anche aggiunto che sarebbe opportuno organizzare i periodi di visita e informare personale sanitario e famiglie rispetto tale organizzazione.

Conclusione: Gli infermieri hanno considerato che i parenti stretti sono importanti per un'assistenza efficace e possono beneficiare di un approccio olistico.

Perciò concludiamo che sarebbe benefico sviluppare schemi di comunicazione per gli infermieri, abilitando la cooperazione in gruppi di comunicazione e definendo ruoli e responsabilità degli infermieri rispetto la comunicazione con le famiglie.

245

Uno studio valutativo sulla promozione dell'allattamento al seno per i neonati in trattamento chirurgico in un contesto dell'India

An evaluative study on promotion of breast feeding for surgical neonates in an Indian setting

R. Kalia, I. Walia, S. Chopra

Post Graduate Institute of Medical Education and Research (PGIMER), Chandigarh, India.

Email: ramandr_kalia@yahoo.com

Contesto: Il latte materno è un alimento naturale per i neonati e dovrebbe essere fornito in tutti i casi il più presto possibile dopo la nascita, tuttavia esistono alcune barriere che interferiscono con il successo dell'allattamento al seno, ad esempio problemi di salute della madre, condizioni mediche e chirurgiche dei neonati, o pratiche ospedaliere inappropriate.

Scopo: E' stato condotto uno studio sulla terapia intensiva neonatale (NSICU) di un ospedale di terzo livello nel nord dell'India.

Metodi: Sono stati considerati i neonati che dovevano subire un intervento chirurgico subito dopo la nascita.

Il loro allattamento al seno era temporaneamente sospeso a causa dello stato fisiologico, sono state predisposte le attività relative al mantenimento della produzione di latte nella madre e altri interventi infermieristici per fare, della terapia intensiva, una struttura a favore del bambino. Più avanti nello studio verranno intervistate 50 madri di neonati.

Risultati: I risultati rilevano che molte madri sono illetterate e non erano in grado di comprendere i materiali educativi mostrati nell'unità, riguardanti l'allattamento al seno.

Molte madri provenivano da un contesto socio-economico basso, appartenenti a gruppi familiari, e non erano in grado di affrontare i costi della permanenza in ospedale quando il bambino veniva ricoverato. Le madri erano facilitate a stare nell'unità vicina la NSICU, cosicché possano frequentemente visitare i bambini, coccolarli, accarezzarli e sviluppare un collegamento emozionale. E' necessario rinforzare l'approvvigionamento di latte materno per i bambini. Per ragioni culturali in India le banche del latte materno non sono popolari, perciò il latte è stato depositato individualmente per il proprio bambino.

Conclusioni: Lo studio ha rivelato anche la necessità di disponibilità di materiali educativi in accordo con il livello di comprensione delle madri.

253

Necrosi tissutale provocata dalla perforazione di un vaso da parte di un catetere venoso centrale: un case report

Tissue necrosis due to vessel perforation by a central venous catheter: a case report

Montserrat Martínez, Francisco Javier Carmona, Alejandro Algora, Isabel Cerrillo, Ana Jara, Sonia García, Rosana Alameda, Cristina Quirós, Gloria Rollán

Ospedale Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, Spagna. Email: javier.carmona@urjc.es

Contesto: I cateteri venosi centrali (CVCs) sono dispositivi essenziali nei pazienti critici. Comunque, il loro uso può portare a complicazioni significative. Tra le più frequenti descritte: infezione delle vie d'accesso e batteriemia catetere-correlata. Un'altra complicazione, con un'incidenza minore, è la perforazione del vaso dove il catetere è posizionato.

Scopo: Lo scopo di quest'articolo è presentare un caso di perforazione della vena succlavia sinistra causato dalla punta di un CVC e la conseguente diffusione del fluido infuso attraverso i tessuti circostanti che hanno causato una forma di necrosi sottocutanea, fascite e miosite.

Risultati: Una femmina caucasica di 70 anni portatrice di catetere centrale su vena succlavia sinistra. Dopo 25 giorni di cateterizzazione, la paziente ha iniziato con edema ed eritema sulle regioni cervicale e sovraclavicolare sinistra. All'esame ecografico sono stati rilevate aree di gas e liquido nelle regioni sovra descritte. La diagnosi con l'intervento conseguente era di necrosi sottocutanea, fascite e miosite. Le ore seguenti l'intervento, la paziente si risvegliava nonostante dosi sempre maggiori di sedativi e era iperglicemica nonostante alte dosi di insulina endovena. Inoltre, un drenaggio rifornente materiale bianco dalla ferita chirurgica faceva pensare al propofol. La conferma della perforazione del vaso è stata ottenuta attraverso raggi X e il CVC è stato rimosso.

Implicazioni: Le complicazioni derivate dall'uso del CVC aumentano la mortalità e la morbilità nei pazienti critici. La rilevazione di questa complicazione nei CVC si riflette in una grossa difficoltà a causa della mancanza di meccanismi di monitoraggio continuo sul posizionamento di questi dispositivi. Dovrebbe essere disposto un accertamento routinario delle seguenti variabili per minimizzare il verificarsi di questi eventi:

- Permeabilità e reflusso sanguigno di tutti i lumi del catetere,
- Aumento dei requisiti di infusione del farmaco in un breve periodo senza apparente peggioramento clinico,

Comparsa di cellulite, crepitazioni o eritema.

3° CONGRESSO EfCCNa E 27° CONGRESSO ANIARTI

PROGRAMMA GENERALE

GIOVEDÌ, 9 OTTOBRE 2008		
	AULA MAGNA	
13:30 – 13:45	Saluti di benvenuto	
13:45 – 14:05	Influenzare l'Area Critica in Europa	
14:05 – 14:25	Curare e prendersi cura: quale paradigma per l'assistenza infermieristica nel futuro?	
14:25 – 14:45	Gestione e controllo delle infezioni crociate negli ambienti di terapia intensiva: utilizzazione di interventi basati sulle evidenze	
14:45 – 15:30	Pausa Caffè, visione Poster e dell'Area Espositiva	
	AULA 2	AULA 3
15:30 – 17:30	Pratiche Basate sull'Evidenza	Usi di Terapie Complementari
17:30 – 18:00	Visione Poster	
18:00 – 19:00	Apertura della Mostra	
	AULA 4	AULA 4
	Addestramento e Formazione	
VENERDÌ, 10 OTTOBRE 2008		
	AULA MAGNA	
08:45 – 09:00	Saluti di benvenuto	
09:00 – 09:25	Migliorare la pratica clinica influenzando sull'assistenza infermieristica in Europa	
	AULA 2	AULA 3
09:30 – 11:00	Le Visite dei Parenti in Area Critica	Assistenza Cardiovascolare
11:00 – 11:45	Pausa Caffè, visione Poster e dell'Area Espositiva	Dolore e Sedazione in Neonati e Bambini
11:45 – 12:45	Evidenze di supporto alla pratica	Assistenza respiratoria in T.I. Pediatrica
12:45 – 14:00	Pranzo, visione Poster e dell'Area Espositiva	
	AULA 2	AULA 3
14:00 – 14:25	L'apprendimento dell'assistenza: rivisitazione del dibattito sulla propensione naturale al prendersi cura nella sanità europea contemporanea	Cure Cardiotoraciche in T.I. Pediatrica
	AULA 2	AULA 4
14:30 – 15:30	Cure di fine vita	Dimissione dalla T.I. e Follow-up
15:30 – 16:15	Pausa Caffè, visione Poster e dell'Area Espositiva	Ossigenazione Extracorporea Membrana
16:15 – 17:15	Risk Management	
17:15 – 18:00	Assemblea Generale Aniarti	
20:00 – 24:00	Party Congressuale	
SABATO, 11 OTTOBRE 2008		
	AULA MAGNA	
09:00 – 09:15	Saluti di benvenuto	
09:15 – 09:45	Curare e prendersi cura: un paradigma per le cure intensive	
09:45 – 10:15	Il potere del prendersi cura: evidenze scientifiche in Area Critica	
10:15 – 11:00	Pausa Caffè, visione Poster e dell'Area Espositiva	
	AULA 2	AULA 3
11:00 – 12:45	Pratiche per il Dolore e la Sedazione	Comunicazione in T.I.
12:45 – 13:00	Annuncio 4° Congresso EfCCNa 2011 e Conclusioni	Rispondere ai Malati Critici