

Abstracts 41° Congresso Nazionale SIAN ITALIA

Gestione del rischio e sicurezza delle cure in ambito nefrologico

Riccione 8-10 Maggio 2023

GESTIONE ACCESSI VASCOLARI

ID-01

LA PRESA IN CARICO INDIVIDUALIZZATA DEL PAZIENTE IN EMODIALISI QUALE STRATEGIA PER LA PREVENZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI

E. Bernardi, G. Dainese, A. De Marchi, P. Fondacci, D. Lunetta, T. Memo, G. Orbana, C. Zane, M. Dugo
ASL 3 Serenissima U.O.S. Emodialisi O.C. Dell'Angelo Mestre (VE)

Introduzione: Dopo aver rilevato alcuni eventi avversi legati a una gestione poco efficace del trasferimento di informazioni, si è pensato di introdurre uno strumento idoneo ai fini di aumentare la sicurezza delle cure. L'obiettivo di questo lavoro è la realizzazione e introduzione di una scheda infermieristica che permetta la rilevazione e lo scambio di informazioni puntuali e accurate per garantire un'assistenza personalizzata e l'appropriatezza delle cure erogate con decisioni cliniche basate sulle evidenze scientifiche.

Materiali e Metodi:

- Creazione di una scheda infermieristica per la presa in carico individualizzata dei pazienti;
- Assegnazione ad ogni infermiere e ad ogni medico di un numero adeguato di pazienti;
- Revisione e creazione di un'Istruzione operativa in uso nell'Unità Operativa.

Risultati:

- Presa in carico individualizzata del paziente;
- Miglioramento della comunicazione all'interno dell'equipe multi-professionale;
- Diminuzione delle complicanze mediante la Segnalazione puntuale e accurata delle stesse nel nostro sistema informativo (Sined).

Conclusioni: Una gestione personalizzata pone il focus sul paziente e crea professionisti in grado di apprendere il know-how legato al rischio clinico. L'utilizzo della scheda infermieristica ha ottimizzato la comunicazione tra tutti i componenti dell'equipe e ha permesso di valutare nel tempo l'evolversi delle condizioni cliniche del paziente.

ID-13

DALL'INCIDENT REPORT AL QUALITY IMPROVEMENT: DISLOCAZIONE DELL'AGO IN CORSO DI DIALISI

L. Sereni¹, M.A. Vezzosi², G. Quacquarelli³, R. Guidi³, F. Arif³, S. Mastrangelo⁴, R. Caroli⁵, F. Iannuzzella⁶
SC di Nefrologia e Dialisi, AUSL-IRCCS, Reggio Emilia (RE)

¹Coordinatore infermieristico U.O. nefrologia A.S.M.N. Reggio Emilia (RE)

²Coordinatore infermieristico U.O. emodialisi A.S.M.N. Reggio Emilia (RE)

³Infermiere di emodialisi A.S.M.N. Reggio Emilia (RE)

⁴Dirigente-gestione del rischio clinico AUSL Reggio Emilia (RE)

⁵Dirigente professioni sanitarie AUSL Reggio Emilia Sistema ospedale (RE)

⁶Dirigente medico-nefrologia e dialisi AUSL Reggio Emilia (RE)

Introduzione: Nella nostra unità operativa di dialisi è stato valutato l'impatto di un progetto di Quality Improvement (QI) sulla riduzione degli episodi di dislocazione accidentale degli aghi in corso di emodialisi.

Materiali e Metodi: A seguito di un caso di sanguinamento per la dislocazione dell'ago venoso da una FAV, nel gennaio 2022 abbiamo effettuato un percorso di incident reporting e analisi secondo la Significant Event Analysis per ricostruire l'accaduto e avviare azioni di miglioramento. Tutto il personale è stato coinvolto secondo i criteri del *bottom up*, del percorso di formazione continua e della teoria dei *nudges*. Sono state identificate le modalità seguite dai "devianti

positivi" e inserite in una *procedura unica e condivisa* per assicurare gli aghi e il fissaggio delle linee. L'outcome primario è stato la riduzione degli episodi di dislocazione. L'aderenza alle misure condivise nella gestione del paziente è stata valutata in due periodi di osservazione di un mese a inizio e fine anno.

Risultati: Nel 2022, sono stati trattati nel nostro Centro 184 pazienti (M 123, 66 ± 14) in assenza di ulteriori episodi di dislocazione. L'aderenza osservata è stata > 98%.

Conclusioni: Un progetto di QI all'interno di un Centro Dialisi, che coinvolge attivamente gli operatori e sostenuto da continui rinforzi positivi, è in grado di ridurre il rischio di tali episodi.

ID-17

TRIAGE DELL'ACCESSO VASCOLARE: UN SISTEMA PER IDENTIFICARE PRECOCAMENTE GLI ACCESSI VASCOLARI A MAGGIOR RISCHIO DI COMPLICANZE CLINICAMENTE RILEVANTI

C. Romano¹, G. Erbaggio¹, A. Iannone², G. Indaco¹, G. Santoro¹, E. Satta¹, M. Romano¹, L. Scarpati³, S. Rotondi², S. Mazzaferro²

¹NefroCenter Research - Torre del Greco (NA)

²Università di Roma "La Sapienza" - Dipartimento di Medicina Traslationale e di Precisione, Cattedra di Nefrologia, Roma (RM)

³Ambulatorio di Emodialisi Eurodial - Gruppo NefroCenter, Napoli (NA)

⁴Centro Emodialisi Vesuviana - Gruppo NefroCenter, Napoli (NA)

Introduzione: Il monitoraggio delle performance dell'Accesso Vascolare (AV) è un processo non ancora standardizzato. Recenti studi dimostrano che, implementando un protocollo di monitoraggio degli AV che permetta la categorizzazione degli stessi (Triage), è possibile migliorare le medie di una serie di parametri di efficienza dialitica e che i punteggi di categorizzazione dell'AV rispecchiano gli esiti clinici. Il Triage dell'AV è una metodologia innovativa, adottata in 18 Centri Dialisi NefroCenter, di comunicazione tra gli operatori e raccolta delle osservazioni sull'AV, che, grazie al supporto tecnologico utilizzato, permette di classificare l'AV, ottenendo informazioni immediate circa l'imminente possibile comparsa di complicanze correlate. L'obiettivo di questo lavoro è di valutare se l'osservazione con triage identifica un AV con un aumentato tasso di complicanze. L'obiettivo secondario è verificare se AV con classi di triage più basse (Giallo o Verde) siano associati a outcome clinici migliori.

Materiali e Metodi: La classificazione dell'AV, o score triage, è generata mensilmente dalla correlazione dei parametri dialitici con una serie di osservazioni sullo stato obiettivo del catetere venoso centrale o della FAV, registrate ad ogni sessione dagli infermieri. La correlazione di questi parametri genera lo score medio mensile che classifica l'AV come verde (G), giallo (Y) o rosso (R) (trriage dell'accesso vascolare), offrendo al personale un valido supporto decisionale.

Risultati: Dai nostri centri di dialisi abbiamo arruolato 757 pazienti. Durante 11,4 ± 5,6 mesi di follow-up (range 3-23), 108.537 sessioni HD sono state registrate sul foglio elettronico di triage, con 214 eventi clinici totali e un tempo libero di eventi di 224,5 ± 172 giorni (range 4-713). Gli eventi correlati all'AV sono stati 150 (70,1%) con un tempo libero di 230 ± 160 giorni (intervallo 11-713). Il 54% aveva il triage G, il 39% Y e il 7% R. Sia i pazienti FAV che quelli CVC, stratificati in due soli gruppi di triage (G vs Y e R insieme) in base al loro triage medio, avevano tempi liberi dagli eventi significativamente diversi, più alti in entrambe le popolazioni (FAV p = 0,04; CVC p = 0,001) nei gruppi di triage verde.

Conclusioni: Il nostro sistema di triage AV ha identificato il 40% degli accessi vascolari categorizzati come giallo-rosso, esaltando di fatto la necessità della sorveglianza clinica. Questo sistema ha aumentato il tasso di rilevazione precoce di complicanze cliniche che, secondo la curva di sopravvivenza temporale, potrebbero essere rilevabili circa 23,7 giorni prima che l'evento si sviluppi.

ID-20 IL TEAM INFERMIERISTICO NELLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO DELL'ACCESSO VASCOLARE

G. Messina², C. Borgia^{1,3}, M. Correnti¹, S. Floridia¹, C. Lo Presti^{2,3}, A. Malignaggi^{2,3}, L. Marraro¹, M. Mollica^{1,2}, S. Perna¹, S.A. Vita², A. Vittorio^{1,2}

¹Servizio Nefrodialitico TIKE - Unità Operativa di Siracusa (SR)

²Ambulatorio di Emodialisi Floridiano - Floridia (SR)

³Servizio Nefrodialitico TIKE - Unità Operativa di Palazzolo Acreide (SR)

Introduzione: La gestione del rischio clinico si pone l'obiettivo di migliorare la qualità e la sicurezza del sistema sanitario, identificando e attuando interventi volti alla prevenzione, al controllo e alla riduzione dei rischi per i pazienti. Considerata l'importanza di un accesso vascolare ben funzionante al fine di diminuire il tasso di morbilità e mortalità della popolazione dialitica, dal 2022 nei nostri ambulatori si è scelto di gestire il rischio correlato alle complicanze maggiori della FAV attraverso le fasi proprie del processo di Risk Management.

Materiali e Metodi: Il periodo preso in esame è il biennio 2021/2022. Nel gennaio 2022 gli infermieri selezionati per costituire il nuovo "Team Degli Accessi Vascolari" hanno analizzato i metodi di sorveglianza da noi utilizzati nel 2021, facendone emergere le criticità.

Abbiamo estrapolato i dati dalle schede di sorveglianza di 80 pazienti portatori di FAV afferenti ai nostri tre ambulatori nel 2021 e di 61 pazienti per il 2022, includendo solo FAV native di qualsiasi età, e confrontato gli indicatori di sorveglianza della FAV dei due periodi. Lo strumento della matrice di rischio, introdotto a inizio 2022 per calcolare in maniera maggiormente obiettiva la priorità di intervento, è stato inserito tra le fasi di Gestione del Rischio Clinico e studiato durante periodici audit nel corso di tutto l'anno, individuandone punti di forza e aspetti da perfezionare.

Infine è stata valutata l'efficacia di tale nuovo approccio mettendo a confronto i risultati attuali con quelli ottenuti in precedenza.

Risultati: Nel 2021 il 19% delle nostre FAV è stato giudicato ad alto rischio di malfunzionamento e per il 80% di esse si è proceduto precocemente a un intervento di PTA o di creazione di nuova FAV; a fine anno, il 5% delle FAV si era chiuso per complicanze maggiori non trattate per tempo.

Nel corso del 2022, il miglioramento dei sistemi di sorveglianza ci ha consentito di individuare con più esattezza le FAV con priorità di invio al centro territoriale di riferimento (il 10% del totale) e di agire preventivamente nel 100% dei casi su problematiche non ancora urgenti; il 2% delle FAV è andato incontro a chiusura.

Conclusioni: L'implementazione della gestione del rischio di malfunzionamento della FAV consente un'accurata valutazione della sua salute, con conseguente assegnazione corretta della priorità di attuazione di misure preventive mirate a ottenere una diagnosi precoce di complicanze significative e il loro eventuale trattamento.

COMPETENZE INFERMIERISTICHE

**ID-03
GESTIONE INFERMIERISTICA DELLA DIALISI CONTINUA NELL'UNITÀ DI
TERAPIA INTENSIVA: TRASFERIMENTO DI COMPETENZE INFERMIERISTICHE**
S. Contini, L. Canta, A. Allario, D. Herby, G. Fenoglio, S. Sola, G. Viglino e Gruppo infermieristico Emodialisi/ICU ASL CN2, Alba (CN)

Introduzione: Il trattamento emodialitico dei pazienti ricoverati in ICU (Intensive Care Unit) richiede il controllo dei parametri vitali del paziente e la gestione del monitor di dialisi che, nell'organizzazione precedente, era svolta unicamente dagli infermieri della struttura operativa di emodialisi. Con l'incremento delle urgenze in pazienti acuti si è resa necessaria l'estensione agli infermieri ICU della gestione di base del trattamento dialitico. L'obiettivo di questo lavoro è di trasferire la competenza infermieristica dagli infermieri di emodialisi a quelli di terapia intensiva e conoscere gli allarmi di base, il cambio sacche e il monitoraggio orario dei dati (gestione ordinaria).

Materiali e Metodi: Elaborazione di un progetto formativo "sul campo":

- Formazione frontale;
- Tutoraggio con metodo di simulazione allarmi e supervisione con Telemedicina eVisus.

Risultati: Tutti gli infermieri formati, valutati sul campo e in supervisione con sistema telemedicina eVisus si sono resi autonomi nella gestione ordinaria.

Conclusioni: Il percorso di formazione è risultato efficace per il raggiungimento dell'autonomia degli infermieri nella gestione ordinaria del trattamento emodialitico in ICU. Il sistema eVisus è risultato utile ed efficace per il controllo puntuale delle criticità emerse nell'uso clinico, mantenendo elevati standard di sicurezza per il paziente e per il personale coinvolto.

ID-04 FORMAZIONE ALLA VENIPUNTURA ECOGUIDATA DELLA FAV: DALLA PROGETTAZIONE ALLA REALIZZAZIONE DI UN PERCORSO FORMATIVO

A. Allario¹, L. Canta², S. Contini², R. Esposito¹, G. Fenoglio¹, G. Viglino³

¹U.O. Emodialisi ASL CN2, Alba (CN)

²Dirigente Professioni Sanitarie CN2, Alba (CN)

³Direttore U.O. Nefrologia e Dialisi ASL CN2, Alba (CN)

Introduzione: L'utilizzo del supporto ecografico nella venipuntura della fistola arterovenosa (FAV) aumenta il tempo di sopravvivenza della fistola arterovenosa, riducendo le complicanze legate alla punzione. L'obiettivo di questo lavoro è di formare gli infermieri della struttura di Emodialisi dell'ASL CN2 all'utilizzo dell'ecografia per la punzione della fistola arterovenosa, al fine di garantire la presenza di un infermiere esperto durante le sedute emodialitiche.

Materiali e Metodi: Elaborazione di un progetto formativo costituito da 4 fasi. 1) Elaborazione di un profilo di competenza dell'infermiere esperto in venipuntura ecoguidata della FAV e individuazione di due tutor in possesso del Master 1 livello in Metodiche Ecoguidate. 2) Elaborazione di uno strumento di valutazione dell'acquisizione delle competenze relative all'utilizzo dell'ecografia per la venipuntura. 3) Realizzazione di un corso ECM relativo alle conoscenze di base sulle metodiche ecografiche e sul loro utilizzo per la venipuntura. 4) Percorso di affiancamento degli infermieri da parte dei tutor durante le punzioni della FAV nel corso delle sedute emodialitiche fino al raggiungimento dell'autonomia dei professionisti.

Risultati: Dei 12 infermieri che hanno partecipato al corso di formazione ECM, 9 (75%) hanno raggiunto l'autonomia nell'utilizzo dell'ecografia per la venipuntura della FAV e 3 (15%) stanno terminando il percorso. Il numero medio di punzioni per il raggiungimento dell'autonomia è di 24,5. Il tempo medio di affiancamento del professionista è di 11,5 settimane.

Conclusioni: Il percorso di formazione è risultato efficace per il raggiungimento dell'autonomia degli infermieri nell'utilizzo dell'ecografia per la punzione della fistola arterovenosa. Durante le sedute emodialitiche è garantita la presenza di almeno un infermiere esperto.

ID-15 LA FORMAZIONE MIGLIORA LA CONSAPEVOLEZZA E LA QUALITÀ ASSISTENZIALE

A. Palmisano, V. Greggio, O. Corrain, A. Del Vecchio, A. Malagoli, S. Dian, L. Qassim, A. Dal Moro, M. Rango, A. Businaro, G. Mennella
Aulss6 Euganea "Ospedali Riuniti Padova Sud" UOC Nefrologia e Dialisi, Monselice (PD)

Introduzione: La formazione continua è uno strumento necessario all'erogazione di prestazioni sanitarie nell'interesse del paziente e della collettività, che nel tempo si è andata evolvendo verso livelli più elevati rispetto alla semplice acquisizione di conoscenze. La Formazione sul Campo (FSC) del personale infermieristico ha lo scopo di incrementare e sviluppare le competenze professionali nei vari ambiti di interesse nefrologico dalla gestione degli accessi vascolari alla gestione dei trattamenti continui in Terapia Intensiva al paziente in Dialisi Peritoneale.

Materiali e Metodi: Le attività di FSC, divise in tre fasi, hanno coinvolto tutti gli operatori sanitari della nostra Unità Operativa da settembre a dicembre 2022. Fase A: individuazione degli argomenti e criticità da rivedere; Fase B: incontri con discussione delle criticità e punti di miglioramento; Fase C: riepilogo delle azioni di miglioramento da attuare e valutazione dell'intero percorso.

Risultati: Revisione di tutte le Istruzioni Operative presenti in U.O.; uniformità e adeguatezza delle procedure in uso; maggiore consapevolezza da parte degli operatori e miglioramento della qualità assistenziale.

Conclusioni: L'aggiornamento professionale e in particolare la FSC hanno permesso a tutto il personale delle Unità Operative di raggiungere una maggiore consapevolezza riguardo a quelle che sono le necessità di mantenere e sviluppare conoscenze e competenze, che volgono a favore sia del professionista sanitario sia dell'intera comunità di assistiti.

MISCELLANEA

ID-05

“ONDE DI GENTILEZZA” PER MIGLIORARE L’AMBIENTE LAVORATIVO E L’UMANIZZAZIONE DELLE CURE

F. Zedda, B. Landis, K. Bachis, S. Basciu, E. Casu, V. Corona, G. Corvo, P. Deiana, C. Floris, M. Greggiu, D. Lecca, D. Loddo, M.C. Meloni, M. Norbertini, S. Onnis, M. Pes, L. Porru, C. Schirru, B. Sitzia, N. Zara, S. Plantas, L. Salis, P. Massa, C. Murgia, S. Pinna, G. Sainas, M. Cadeddu, S. Murtas

S.C. Emodialisi, ASSL di Cagliari, Centro Dialisi SS. Trinità di Cagliari (CA)

Introduzione: Dall’approfondimento di uno degli studi psicologici più lunghi di tutti i tempi (Harvard Men Study, che sottolinea l’importanza delle relazioni sociali per la nostra felicità) è nato presso il nostro centro dialisi il progetto sulla gentilezza, avente come obiettivo il miglioramento del clima complessivo del reparto, della relazione medico/infermiere/paziente, dell’umanizzazione delle cure e della prestazione terapeutica.

Materiali e Metodi: Creazione di un angolo della gentilezza che contiene dei pensieri scritti dal personale e dai pazienti, angolo della libreria gentile. Il 13 Novembre 2022 in occasione della “Giornata mondiale della Gentilezza” sono stati consegnati ai pazienti dei segnalibri e una pergamena ed è stata effettuata la proiezione di alcuni video sull’argomento nelle sale dialisi.

Risultati: Buona adesione da parte delle figure coinvolte, tanto entusiasmo e sicuramente una riduzione dei conflitti con conseguente miglioramento dell’ambiente lavorativo e nascita di momenti di riflessione sull’importanza di una comunicazione gentile; ogni piccolo gesto verso un atteggiamento mentale più gentile può propagare onde di positività nella nostra azienda.

Conclusioni: Sono molteplici i benefici della gentilezza. Dal punto di vista relazionale diffondere una cultura di gentilezza e di bellezza significa creare connessioni forti ed efficaci tra gli individui basate sulla cooperazione, sulla condivisione e sull’empatia e significa gettare le basi per relazioni sociali e soddisfacenti che ci permettono di prosperare.

ID-06

CALMA APPARENTE IN EMODIALISI: L’ESCALATION DELL’AGGRESSIVITÀ

P. Parisini, M. Andreoli, R. Arnone, M. Ballarini, D. Baraldi, D. Bertoncilli, A. Crepuscoli, N. Di Michele, A. Fini, A. Laguardia, E. Lanzi, M. Mattarozzi, G. Morandi, S. Napoli, A. Radu, C. Rausa, A. Rossini, I. Trapanese, R. Zocco

AUSL BOLOGNA (BO)

Introduzione: Dal 2002 la violenza nei posti di lavoro è riconosciuta come un importante problema di salute pubblica. Negli ultimi 12 mesi, il 25% degli operatori sanitari ha riportato un danno fisico o psicologico e la categoria è demoralizzata. Il gruppo di lavoro composto dagli infermieri delle dialisi bolognesi si propone la realizzazione di un modello della realtà lavorativa in cui si opera, fornendo gli strumenti per distinguere l’aggressività dall’invadenza della sfera personale e dagli atteggiamenti semplicemente maleducati. L’analisi dei dati a disposizione dell’azienda dal 2017 ha evidenziato sedici episodi di violenza a danno del personale sanitario.

Materiali e Metodi: La costruzione di una banca dati mediante la procedura aziendale per la segnalazione all’area di tutela e sicurezza clinica della medicina legale.

Risultati: Lo studio del fenomeno, la formazione trasversale del personale accompagnata a misure di sicurezza organizzative, la diffusione della cultura della segnalazione e il perfezionamento degli strumenti a disposizione.

Conclusioni: Gli episodi di violenza nei confronti del personale sanitario sono considerati eventi sentinella. I Centri Dialisi Aziendali sono in stretta collaborazione con l’U.O. medicina legale e risk management per identificare strategie atte ad attenuare e/o a eliminare la violenza nei nostri servizi.

ID-09

GRANUMIX PLUS: LA PREPARAZIONE CENTRALIZZATA DEL CONCENTRATO ACIDO, RITORNO AL FUTURO

R. Ciarimboli, A. Brega, V. Pasquali

Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche Ancona (AN)

Introduzione: Il sistema Granumix Plus per la miscelazione del concentrato acido centralizzato per dialisi Diamix Plus è stato installato nella SO Dialisi nel

2021. L’utilizzo del Diamix Plus aumenta la sicurezza del paziente grazie alla somministrazione personalizzata del bagno di dialisi, agevola l’attività degli operatori sanitari e riduce la produzione di rifiuti.

Materiali e Metodi: Il sistema centralizzato Granumix Plus è alimentato direttamente dall’impianto di biosmosi. Gli infermieri della SO Dialisi preparano il concentrato acido, come da manuale della ditta produttrice, seguendo le indicazioni del modulo di gestione e l’istruzione operativa in uso nella SO Dialisi. Il concentrato acido centralizzato è distribuito ai monitor di dialisi tramite un impianto ad anello.

Risultati: La produzione del concentrato acido centralizzato e la distribuzione del bagno di dialisi hanno reso possibile la personalizzazione del trattamento dialitico e il sistema Granumix Plus è di facile utilizzo.

Conclusioni: L’utilizzo del concentrato acido centralizzato rende sicura la seduta dialitica per il paziente, evita all’infermiere la somministrazione del potassio per via endovenosa, diminuisce il carico di lavoro del personale, la movimentazione dei carichi delle sacche di acido e il loro smaltimento ed è un sistema sicuro per l’operatore e per l’ambiente.

ID-10

CHE MONDO SAREBBE SENZA COVID: ESPERIENZE VISSUTE IN DIALISI

R. Zocco, M. Andreoli, R. Arnone, M. Ballarini, D. Baraldi, D. Bertoncilli, N. Di Michele, A. Fini, E. Lanzi, G. Morandi, P. Parisini, A. Rossini, O. Verni

ASL Bologna (BO)

Introduzione: L’evento pandemico da SARS-COV2 è stato di grande impatto a livello mondiale e ha messo sotto forte pressione i Servizi Sanitari di tutti i paesi. L’improvvisa insorgenza e la rapida diffusione di una patologia di cui si aveva scarsa conoscenza ha incrementato lo stress psico-emotivo degli operatori sanitari e ha richiesto una risposta organizzativa rapida e flessibile. La rete dei centri dialisi dell’AUSL di Bologna ha pertanto rimodulato la propria attività per garantire il trattamento ai pazienti che risultavano positivi e allo stesso tempo la sicurezza dei pazienti negativi. L’obiettivo di questo lavoro è di analizzare e descrivere quanto vissuto durante questo periodo di pandemia.

Materiali e Metodi: Raccolta delle esperienze degli operatori durante gli anni di pandemia dei centri dialisi AUSL Bologna attraverso la narrazione.

Risultati e Conclusioni: Gli operatori dei centri dialisi hanno affrontato la pandemia non solo all’interno dei propri servizi, ma partecipando attivamente alle riorganizzazioni dei servizi e ad attività esterne quali la campagna vaccinale e l’esecuzione di tamponi. Nonostante i momenti difficili, le emozioni negative, lo stress, la fragilità emotiva e la perdita di pazienti a cui, si sa, ci si affeziona, questa esperienza ci ha insegnato che tutto può cambiare, ma siamo noi che dobbiamo creare il modo di non soccombere al cambiamento.

ID-11

ASSISTENZA OLISTICA E MEDICINA QUANTISTICA

M. Pegoraro

GOM NIGUARDA CAL CORSICO, Milano (MI)

Introduzione: L’infermieristica si definisce come una scienza che risponde ai bisogni di salute della persona intesa nella sua complessità bio-psico-sociale. La medicina classica, allopatica, unica riconosciuta dal Sistema Sanitario Nazionale (e da tutti i SSR) afferisce al paradigma bio-tecnologico. L’infermieristica nazionale, pur nei suoi progressi culturali, è asservita a questo paradigma che, per definizione, non è olistico e non promuove la salute nella sua globalità. Nella considerazione che l’essere umano è qualcosa di più di un aggregato puramente biologico, l’autore presenta dati della personale ricerca rispetto all’esistenza, o meno, di un modo effettivamente “olistico”, vale a dire globale e singolare, di affrontare la dualità salute/malattia e la relativa assistenza infermieristica. La scoperta della Medicina Quantistica risponde al quesito di ricerca sia per peculiarità proprie, strumentazioni tecnologiche, sia per l’utilizzo di strumenti/rimedi di varie medicine alternative/naturali, medicina vibrazionale, frequenziale, biologica, presentando quanto disponibile e già utilizzato in tale ambito.

Materiali e Metodi: Le scoperte della fisica quantistica risalgono ai primi decenni del 1900. I cardini sono 1) l’osservatore modifica l’osservato (principio di indeterminazione di Heisenberg); 2) l’ambiente modifica l’osservatore (eugenetica); 3) la realtà biologica è olografica, vale a dire il macro è contenuto nel micro e viceversa. Negli ultimi 150 anni vi sono state delle “scelte culturali” che hanno creato le “svolte paradigmatiche” e che hanno oscurato o sminuito altre soluzioni di cura (le teorie di Darwin rispetto a quelle



di Lamarck, quelle di Pasteur rispetto a quelle di Bernard); la farmacologia chimica rispetto a quella vibrazionale, continuando a basarsi solamente sui presupposti della sola fisica newtoniana, o fisica classica, considerando solo in modo marginale/opportunistico le scoperte della fisica quantistica (TAC, RM, PET). Apparecchiature con caratteristiche simili sono già disponibili con finalità curative. Tali apparecchiature, in concomitanza con l'ausilio della medicina vibrazionale e biologica, con l'imprescindibile partecipazione attiva della persona/paziente/"osservatore", hanno le potenzialità per modificare "l'osservato" (evento, malattia) in modo naturale e definitivo.

Risultati: Ogni essere umano è unico e il processo di malattia nasce da un disquilibrio, che, prima di essere biochimico, è di natura frequenziale, elettromagnetica e rilevabile con strumentazioni specifiche, non invasive. La persona è "attore e osservatore" della propria esistenza. L'empowerment della persona, il potere della consapevolezza, l'approccio quantistico agli eventi e l'utilizzo appropriato dell'intelligenza artificiale sono le proposte di diagnosi e cura della medicina quantistica.

Conclusioni: L'infermieristica, per come l'aveva iniziata Nightingale, non era al servizio della "medicina", ma dell'uomo. Alla luce delle conoscenze della fisica quantistica, come professione sanitaria propria, possiamo contribuire a modificare l'approccio sanitario nazionale. Gli infermieri, in quanto "osservatori" possono contribuire alla consapevolezza sociale, modificare il contesto "osservato" ed essere promotori originali di un nuovo benessere soggettivo e collettivo.

ID-12

MALATTIA RENALE CRONICA E MOBILE-HEALTH: QUALITÀ DELLE APP NUTRIZIONALI PER NEFROPATICI IN ITALIA

S. Mancin^{1,3}, A. Palmisano⁴, S. Angileri⁵, D. Andreoli⁶

¹IRCCS Humanitas Research Hospital, Rozzano (MI)

²Department of Biomedical Sciences, Humanitas University, Milano (MI)

³Department of Biomedicine and Prevention, University of Rome "Tor Vergata", Roma (RM)

⁴U.O. Nefrologia e Dialisi, Ospedali Riuniti Padova Sud "Madre Teresa di Calcutta", Padova (PD)

⁵Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer, Firenze (FI)

⁶Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia, Perugia (PG)

Introduzione: Il paziente con malattia renale cronica deve aderire a una terapia nutrizionale caratterizzata da uno schema dietetico restrittivo. Il self-care nutrizionale può essere potenziato attraverso l'uso di app.

Lo scopo di questo studio è valutare le caratteristiche delle applicazioni nutrizionali specifiche per l'insufficienza renale disponibili in Italia.

Materiali e Metodi: È stata condotta una ricerca sistematica di app mobile indipendente da parte di due ricercatori accademici nei tre principali store italiani: Google Play Store, Apple Store e Huawei AppGallery. Delle 1.602 app identificate, 2 app (MIKU, MyFIR) sono state valutate attraverso la scala MARS-ITA da un team multidisciplinare di 20 professionisti.

Risultati: Lo studio ha rilevato come le due app selezionate, disponibili nel Google Play Store e nell'Apple Store, mirino all'aumento del benessere tramite l'acquisizione di conoscenze e il cambiamento comportamentale, sebbene nessuna identifichi obiettivi di salute da raggiungere. Le strategie utilizzate dalle due applicazioni sono: l'informazione, l'educazione, il monitoraggio e la sfida cognitivo-comportamentale. L'analisi tecnica ha mostrato un'adeguata protezione dei dati personali, ma soltanto l'app più scaricata (MIKU) prevede invece la condivisione, l'invio di promemoria e la navigazione offline. L'analisi statistica attraverso la scala MARS-ITA è ancora in corso.

Conclusioni: I principali app store italiani presentano due applicazioni per il monitoraggio della salute fisica e della nutrizione nella malattia renale. Nonostante queste risultino gratuite, facilmente accessibili e navigabili e valide sul piano del monitoraggio e dell'informazione sanitaria, sarebbe auspicabile una maggiore disponibilità dell'offerta.

INFEZIONI CORRELATE

ID-07

LE EMOCOLTURE IN DIALISI: COME UN PROTOCOLLO AD HOC PUÒ FARE LA DIFFERENZA

M. Campion, G. Andreuzzo, A. Grizzo

Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO) Pordenone (PN)

Introduzione: L'accesso vascolare (AV) di elezione in emodialisi (HD) è la fistola arterovenosa (FAV), ma l'invecchiamento della popolazione dialitica

e le comorbilità rendono sempre più inevitabile il catetere venoso centrale (CVC) come accesso di prima scelta, nonostante l'elevata incidenza di complicanze infettive come le sepsi catetere-correlate (CRBSI). Nei centri dialisi dell'area vasta Pordenonese i pazienti con CVC al 31/12/2022 erano il 42% sul totale e gli episodi settici sospetti in corso di dialisi o in un contesto di ricovero richiedono l'esecuzione di emocolture, sia dai lumi CVC che da vena periferica. Si è reso necessario realizzare un protocollo aziendale centrato sul paziente nefrologico e dializzato, con l'obiettivo di ottenere dalle colture risultati certi, riducendo i falsi positivi, con il rischio di perdita del CVC.

Materiali e Metodi: Dopo un'attenta ricerca in letteratura e la condivisione tra link professionali (LP), referenti accessi vascolari (RAV), Microbiologi e Infettivologi, si è stilato un protocollo con indicazione dei siti di prelievo, volume, numero dei campioni e corretta identificazione e procedura di raccolta, sostituendo il prelievo da vena periferica con quello da circuito extracorporeo, in considerazione dell'AV e del sospetto clinico. Il protocollo è stato introdotto con audit giornalieri e supervisionato nell'applicazione da LP e RAV.

Risultati: Dal gennaio 2020 a oggi tutte le emocolture sono state registrate in cartella informatizzata, come anche il numero dei campioni positivi, la sede di prelievo e il ceppo batterico isolato; tali risultati sono stati valutati secondo il "tempo differenziale di positività" (DTTP). Fino al 31/12/2022 nessun campione era risultato falso positivo e solo sette casi erano riconducibili a CRBSI, pari a 0,095/1.000 gg di CVC.

Conclusioni: Il CVC per HD deve essere riconosciuto come entità separata e, mancando in letteratura un'univoca definizione di CRBSI, la realizzazione di un protocollo ad hoc ha permesso di ottenere dalle emocolture risultati certi privi di falsi positivi, semplificando le procedure di prelievo, rispettando il patrimonio vascolare ed evitando inutili rimozioni di CVC.

ID-16

COMPLICANZE INFETTIVE DEL CVC: L'ESPERIENZA DI UN SERVIZIO DI EMODIALISI MILANESE

S. Soloperto, M.D.M. Bertoa, M. Noca, E. Grimaldi

SC Nefrologia, Dialisi e Trapianto di Rene IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano (MI)

Introduzione: Le infezioni batteriemiche correlate al catetere (CRBSI), sono una causa importante di ricoveri, morbilità e mortalità nei pazienti sottoposti a emodialisi (Fisher M. et al. 2020). La riduzione delle complicanze infettive dell'accesso vascolare in emodialisi è, dunque, un indicatore di esito assistenziale da perseguire. L'obiettivo del lavoro è uniformare le conoscenze e standardizzare la pratica clinica secondo le migliori raccomandazioni.

Materiali e Metodi:

- Creazione di report dei pazienti portatori di CVC, contenenti le seguenti caratteristiche: tipologia e data di posizionamento del catetere, isolamento del germe patogeno su tampone dell'exit-site e/o su emocoltura, relativo trattamento;
- Predisposizione di un report circa la gestione dell'exit-site (antisettico cutaneo utilizzato, tipo e frequenza di sostituzione delle medicazioni);
- Revisione della letteratura (SHEA 2022, KDOQI 2019, CDC Atlanta 2011).

Risultati: È stata condotta un'indagine retrospettiva partendo da aprile 2022 fino a settembre 2022. È emerso che 82 (70%) pazienti in emodialisi erano portatori di CVC. Degli 82 CVC, 79 (96%) erano cateteri definitivi e solo 3 (4%) temporanei. Le giornate di permanenza totali sono state 12.300. La flogosi dell'exit-site con secrezione si è presentata in 22 CVC (27%), i quali sono stati sottoposti a tampone dell'emergenza cutanea. Quest'ultimo ha dato esito positivo, con un tasso di infezione dell'exit-site di 1,8 per 1.000 giorni-catetere. L'agente patogeno responsabile è stato lo *Staphylococcus aureus* (36%), seguito dall'*Escherichia coli* (20%). I 22 CVC con segni di flogosi sono stati trattati con antibiotici per via topica; 11 (50%) sono stati trattati con terapia antibiotica per via sistemica. Di questi 11, 5 (45%) hanno sviluppato un'infezione del tunnel e 3 (27%) hanno manifestato batteriemie catetere-correlate con emocolture positive, con un tasso di infezione di 0,3 per 1.000 giorni-catetere. Degli 82 pazienti, 30 (36%) utilizzavano per l'anti-sepsi cutanea l'ipoclorito di sodio allo 0,05%, solo 2 (2,5%) la clorexidina al 2% a base alcolica, 1 (1%) la clorexidina allo 0,5% a base alcolica e 49 (60%) la clorexidina al 2% a base acquosa. Inoltre, 79 (96%) medicavano l'exit-site con garza e cerotto, 1 utilizzava il film in poliuretano e 2 utilizzavano il tegaderm CHG.

Conclusioni: I dati raccolti sono stati condivisi con tutto il personale infermieristico e hanno consentito di modificare fin da subito la pratica clinica, introducendo unicamente la clorexidina al 2% a base alcolica come antisettico della cute e come medicazioni, oltre alla garza e al cerotto, le pellicole in poliuretano con rinnovo ogni sette giorni. La modifica è stata supportata da riunioni bimestrali, dalla creazione di un team infermieristico di riferimento e dalla formazione residenziale interna. Il lavoro di reporting continuerà e i dati raccolti saranno utili per:

- Revisionare l'attuale istruzione operativa interna circa la gestione del catetere venoso centrale in emodialisi;
- Avere un'attenzione particolare al monitoraggio dell'exit-site, segnalando precocemente segni di flogosi ed evitando complicanze infettive più gravi.

CASE REPORT

ID-08

IL WOUND CARE NEL PAZIENTE UREMICO - CASE REPORT DI CALCIFILASSI UREMICA PRESSO LA DIALISI DEL GOM NIGUARDA

S. Saccotelli¹, S. Meo²

¹Infermiera Dialisi, Esperta in Wound Care, Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano (MI)

²Infermiera Dialisi, Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano (MI)

Introduzione: La calcifilassi uremica è una condizione morbosa caratterizzata istologicamente da depositi intravascolari di sali di calcio.

Le lesioni cutanee croniche derivanti, presentano un'alterazione del fisiologico processo di guarigione.

Allo scopo di impattare il meno possibile sulla vita sociale del paziente nefropatico, sono stati creati ambienti dedicati all'interno dell'U.O. Dialisi Niguarda, dove poter medicare il paziente preso in carico, affetto da lesioni calcifiche, in pre- o post-trattamento dialitico.

Il report riguarda un caso clinico seguito attivamente sino alla completa risoluzione del problema locale.

Materiali e Metodi: Allo scopo di uniformare l'approccio prestazionale al problema vulnologico, il Professionista Infermiere Esperto in Wound Care ha svolto dei corsi di formazione mediante lezioni frontali con il personale sanitario dell'equipe nefrologica.

La presa in carico della paziente è stata gestita secondo un modello di approccio in cooperazione e condivisione multidisciplinare.

Sono stati messi in atto trattamenti topici, a gestione prettamente infermieristica, in cooperazione con il personale medico di nefrologia, e trattamenti sistemici prescritti dal Nefrologo di riferimento ed erogati dalle varie figure professionali dell'equipe sanitaria del GOM Niguarda.

Le terapie locali attuate sono state la cura del peri-lesionale e delle aree di ulcerazione cronica secondo i principi del Timing e della Wound Bed Preparation alla base del Wound Care.

Le terapie sistemiche messe in atto sono state la prescrizione e la somministrazione di terapie antibiotiche per via endovenosa mirate, la gestione e il monitoraggio del dolore procedurale, il trattamento di iperossigenazione sistemica presso la camera iperbarica Niguarda e la somministrazione per via endovenosa di sodio tiosolfato, supporto nutrizionale personalizzato.

Risultati e Conclusioni: Il case report ha dimostrato come la cooperazione in un Team Multidisciplinare e un approccio uniformato, fondato sulle evidenze scientifiche del Wound Care, possano condurre verso un risultato positivo e risolutivo per il paziente preso in carico con IRC terminale in stadio avanzato e diagnosi di calcifilassi uremica.