

Congresso Nazionale IRC

2019

11 • 12 OTTOBRE

Centro Congressi **Veronafiere**

PROGRAMMA



Con il patrocinio di





IRC
Edizioni

L'attività editoriale di **IRC EDIZIONI**, casa editrice del gruppo IRC, si sviluppa con particolare attenzione alla diffusione dei manuali propedeutici alla rianimazione cardiopolmonare dal livello base a quello avanzato, primo soccorso al paziente traumatizzato oltre ad alcuni titoli di approfondimento per professionisti del settore ma anche indirizzati alle famiglie.



1 SCARICA*

LA APP

AR+

DA



2 INQUADRA

LE IMMAGINI
VICINO AL LOGO

3 ACCEDI

AI CONTENUTI
IN REALTÀ
AUMENTATA



*Disponibile dall'autunno 2019

SCOPRI LA REALTÀ AUMENTATA IRC!

Visita il nostro Stand e scopri le ultime novità!



INDICE

01.	INTRODUZIONE	04
02.	PLANIMETRIA	06
03.	PROGRAMMA SCIENTIFICO	09
	VENERDÌ 11 OTTOBRE	10
	SABATO 12 OTTOBRE	12
04.	SEGRETERIA SCIENTIFICA, FACULTY CONGRESSO	16
05.	ELENCO ABSTRACT	20
06.	INFORMAZIONI GENERALI	44
	AZIENDE ESPOSITRICI	46

CONGRESSO **IRC** 2019

Per l'edizione **2019** del proprio **Congresso Nazionale, Italian Resuscitation Council (IRC)** ha scelto **Verona**, una città ricca di storia e cultura ma anche sede di un importante centro congressi che ospiterà, nelle giornate dell'11 e 12 ottobre, il principale evento scientifico dell'associazione.

La prima giornata sarà dedicata alle **tavole rotonde**, ospiti di grande rilievo, rappresentanti di Istituzioni e Associazioni, affrontano due temi di grande attualità: la nuova legge sulla **diffusione del DAE e la tutela del soccorritore occasionale** e l'importanza di **fare sistema**, nell'ambito della catena di sopravvivenza.

A fine giornata ripercorreremo le tappe dei primi **25 anni di IRC**, per poi incontrarci e salutarci in occasione dell'evento sociale che chiuderà i lavori del venerdì.

Il sabato sarà quasi interamente dedicato alle sessioni a carattere scientifico. I temi principali saranno la **formazione**: per ragazzi, per gli adulti, per i sanitari e per i "laici"; l'arresto cardiaco nello **sport**, il trattamento dell'arresto cardiaco ("A" come **A**irways, **A**drenalina, **A**miodarone e **A**MSA; ma anche il Cardiac Arrest Center e la Morte cardiaca aritmica/coronarica); la gestione del **trauma**; la rianimazione **pediatrica e neonatale** in collaborazione con **AMIETIP**; infine, la **tecnologia** – per soccorrere e per formare.

Nella sede congressuale saranno esposti in formato elettronico i **poster** selezionati, e gli autori avranno modo di presentare i propri lavori nella sessione dedicata, durante la pausa pranzo di sabato. Nel pomeriggio di sabato troverà spazio la **Fondazione IRC**, con una sessione dedicata ai sopravvissuti e alle loro famiglie. Subito dopo, tutti i partecipanti del Congresso verranno coinvolti in una esperienza interattiva e coinvolgente dal titolo "**Che succede? Che fare?**" tutta da scoprire, con il gradito supporto di **SIMNOVA**, il Centro di Simulazione in Medicina e Professioni Sanitarie dell'Università del Piemonte Orientale di Novara.



La sessione di chiusura del Congresso, oltre alla premiazione **del miglior** poster, vedrà la proclamazione del **risultato delle elezioni** per il rinnovo del Consiglio Direttivo IRC.

A suggellare la ripresa di una auspicata e proficua collaborazione, per la prima volta **IRC** ha il piacere di ospitare all'interno del proprio congresso il **Convegno di aggiornamento degli Istruttori e dei Formatori di Croce Rossa Italiana**. La presenza del Presidente di International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies è motivo di onore e di reciproca soddisfazione. Il Convegno di CRI avrà tre sessioni dedicate dal titolo "Essere efficaci nella formazione, salvare vite", "Manovre Salvavita tra Presente e Futuro" e la riunione del "Progetto Manovre Salvavita" mentre il resto del programma congressuale sarà condiviso tra le due associazioni.

Abbiamo il piacere di ospitare l'**Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze** (ANPAS), i cui volontari, per i due giorni del Congresso Nazionale IRC, animeranno lo stand dedicato con interessanti progetti e iniziative.

Diamo il benvenuto anche ai membri del Consiglio Direttivo di **IRC Comunità** che incontreranno i propri soci presenti prima del pranzo di sabato per affrontare diversi argomenti tra cui: Il sistema gestionale, lo statuto e il codice etico, la riqualifica degli istruttori, la certificazione ISO 9001:2008, il sistema di audit, le donazioni dei DAE e grandi eventi.

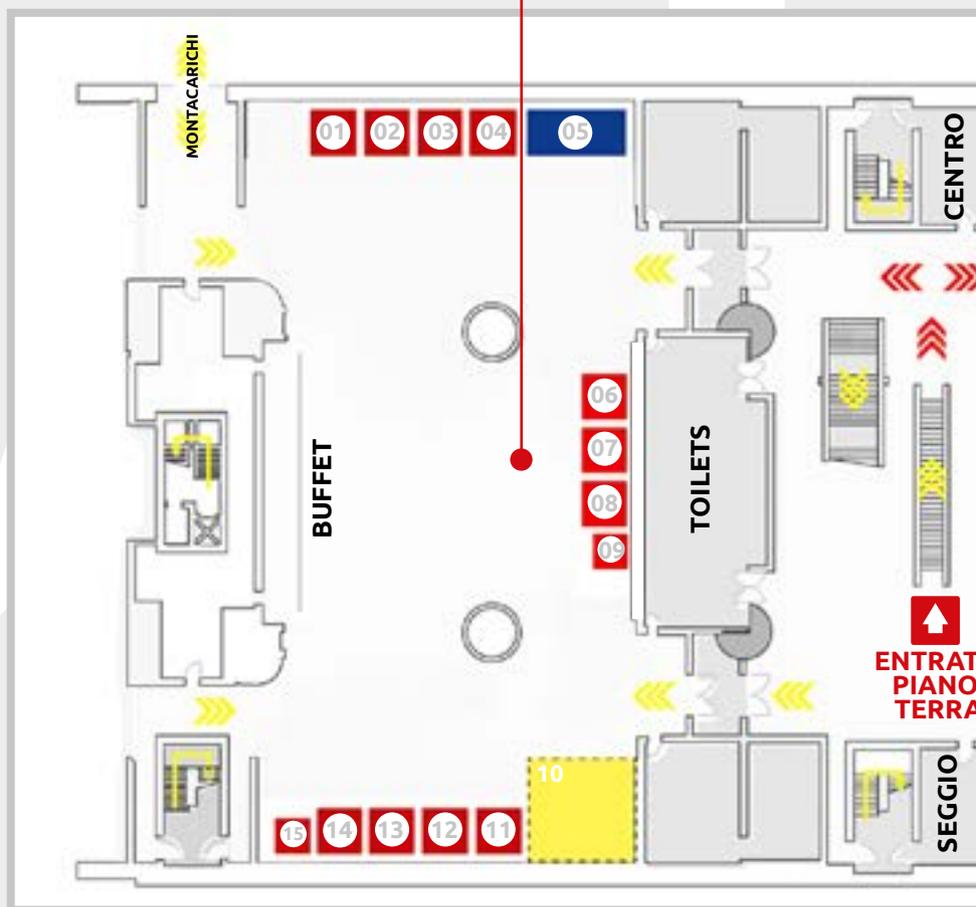
Buon lavoro a tutti!

MARGHERITA 1

Sala espositiva
Area catering

ELENCO ESPOSITORI

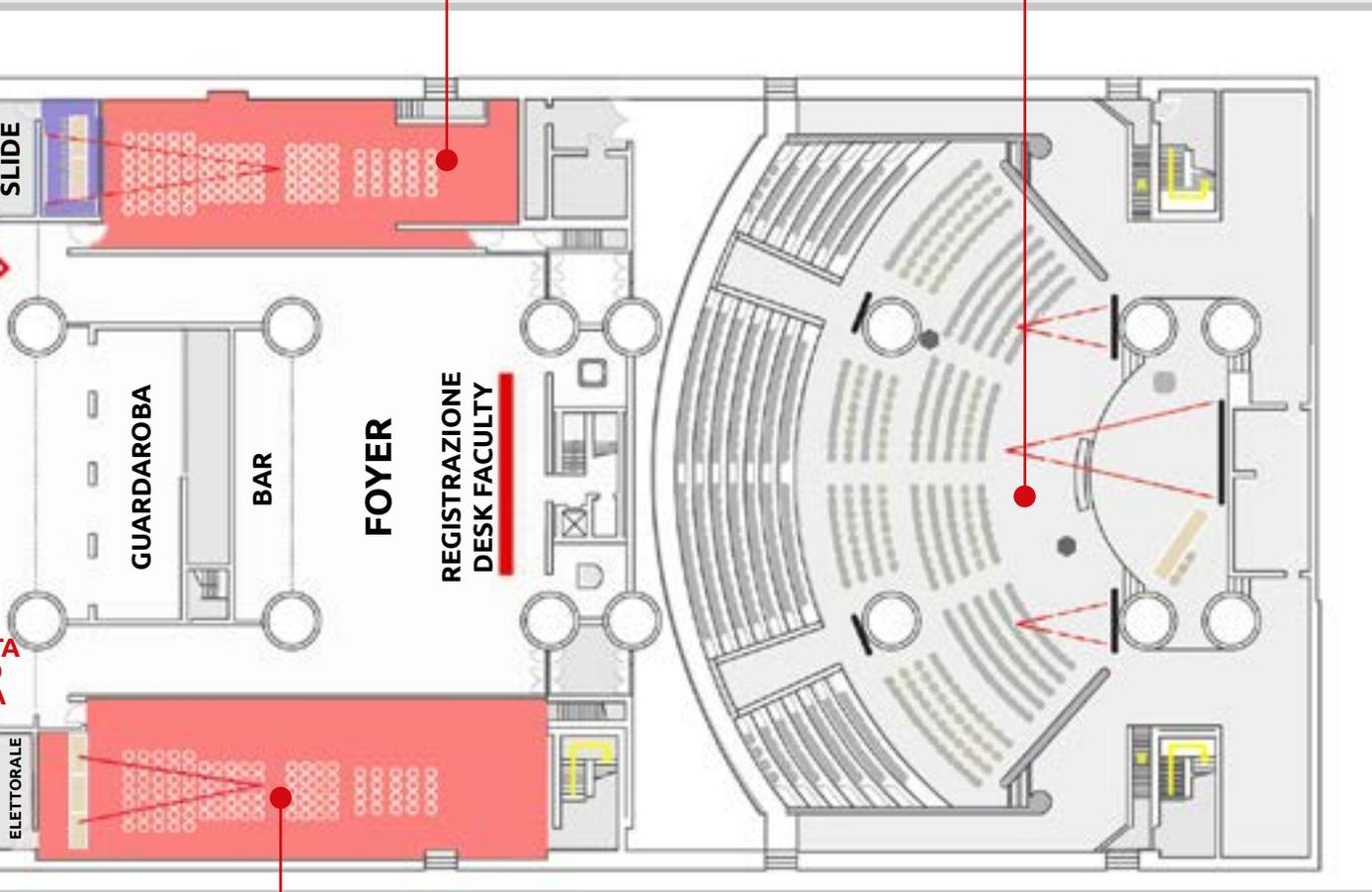
- 01 - STRYKER ITALIA
- 02 - MALVESTIO
- 03 - TELEFLEX
- 04 - PHILIPS
- 05 - IRC EDIZIONI
- 06 - IREDEEM
- 07 - ZOLL
- 08 - LAERDAL
- 09 - EMERGENCY FOCUS
- 10 - AREA DISCUSSIONE POSTER
- 11 - CROCE ROSSA ITALIANA
- 12 - VR CPR IRC
- 13 - ANPAS
- 14 - EMD112
- 15 - LIBRERIA PICCIN





GIULIETTA
Parallela

ROMEO
Plenaria



DUNANT
Parallela

Venerdì 11 ottobre 2019

SALA GIULIETTA ore 13:30

Assemblea dei Soci IRC

14:15 Cerimonia di donazione a IRC del 2.000.000° DAE prodotto da PHILIPS

Simona COMANDÈ (A.D. PHILIPS), Andrea SCAPIGLIATI



PROGRAMMA SCIENTIFICO

- Sessione Congresso IRC 2019
- Sessione Convegno Croce Rossa Italiana
- Sessione Condivisa

*

Workshop



Venerdì 11 ottobre 2019

SALA ROMEO



PLENARIA

14.30 - 15:00

Inaugurazione del Congresso

Saluti dell'Assessore ai Servizi sociali, Turismo sociale, Lavoro, Istruzione, Personale del Comune di Verona, del Presidente di Italian Resuscitation Council e del Presidente di International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies

Stefano BERTACCO, Andrea SCAPIGLIATI, Francesco ROCCA

15.00 - 17:00

Un sistema per salvare vite

La nuova proposta legislativa per agevolare la rianimazione cardiopolmonare e la defibrillazione precoce in Italia attraverso la salvaguardia giuridica del soccorritore

WORKSHOP IPROCORE SECURITY: A SYSTEM TO SAVE LIVES*

Moderatori: Ruggiero CORCELLA, Niccolò GRIECO

Tavola rotonda con i referenti istituzionali, le società scientifiche e le associazioni

Daniela ASCHIERI (Progetto Vita), Leonardo BRASCHI (IRC Comunità), Giuseppe CIANCAMERLA (CONACUORE), Cristiana MEI (CRI), On. Giorgio MULÈ (Camera dei Deputati), Avv. Rita NANETTI (Foro di Bologna), Fabrizio PREGLIASCO (ANPAS), Paolo Rosi (Resp. Area Sist. SUEM 118 Veneto), Stefano SANTANGELI (Misericordie), Andrea SCAPIGLIATI (IRC), On. Luca RIZZO NERVO (Camera dei Deputati), Nicoletta VERÌ (Assessore Salute e Pari Opportunità Regione Abruzzo), On. Sandra ZAMPA (Sottosegretario di Stato alla Salute)



17.00 - 18.00

Laici e professionisti

Popolazione, soccorritori, servizi medici territoriali e centralizzazione primaria. Come il sistema di emergenza può modificare la sopravvivenza da ACC

WORKSHOP iPROCURE SECURITY: LAY PEOPLE AND HEALTHCARE PROFESSIONALS, A LINK TO RESCUE*

Moderatori: *Andrea SCAPIGLIATI, Federico SEMERARO*

Tavola rotonda con un referente di ogni anello della Catena della Sopravvivenza

Daniela ASCHIERI (Piacenza, Progetti PAD), Flavio RONZI (Segretario Nazionale CRI, Servizi ABZ), Domenico Antonio IENTILE (Roma, ARES 118 Lazio, NUE e IPA), Adriano VALERIO (Verona, CO118 e sistemi territoriali), Giovanni GORDINI (Bologna, Centralizzazione)

18:00 - 18:30

Almanacco dei 25 anni: una storia di scienza e formazione

Fulvio KETTE

AREA ESPOSITIVA MARGHERITA 1

18:30 Benvenuti a Verona

Evento sociale

Sabato 12 ottobre 2019

SALA ROMEO

PLENARIA

8:30 - 10:00 | **INNAMORATI DELLA FORMAZIONE**

Moderatori: *Katya RANZATO, Sabrina RAMINI*

08:30 Far innamorare i ragazzi: la scuola e la tecnologia

Pier Cesare RIVOLTELLA

08:50 Far innamorare gli adulti: istruttori laici per soccorritori laici

Luigi LANGELLA

**09:10 Occhi alle stelle e piedi per terra: come insegnare le
competenze non tecniche?**

Loredana BESSONE

09:30 Discussione



SALA ROMEO



*Storie di amori traditi
ed amori corrisposti*

10:00 - 13:40

Moderatore: Niccolò GRIECO

Panel Discussants:

*Giovanni BABINI, Luca CABRINI,
Giovanni GORDINI, Fulvio KETTE,
Simone SAVASTANO, Simone
SEBASTIANI, Federico SEMERARO,
Adriano VALERIO*

10:00

**A come Airways: Come
ventilare, chi ventilare?**

Gabriella ARLOTTA

10:30

**A come Adrenalina
e Amiodarone. Quali
farmaci?**

Claudio SANDRONI

11:00

**A come AMSA. Quando
defibrillare?**

*Novità dalla ricerca in corso
Giuseppe RISTAGNO*

SALA GIULIETTA



*Non sempre la realtà
incontra la fantasia*

10:00 - 12:50

**ACC e Sport: DOVE
STIAMO PERDENDO?**

Moderatori: Enrico BALDI,
Simone SEBASTIANI

10:00

**Epidemiologia e
fisiopatologia**

Alessandro ZORZI

10:15

Legislazione

Vincenzo CASTELLI

**25 ANNI DI TRAUMA:
COSA ABBIAMO FATTO
E COSA C'È DA FARE
ANCORA**

Moderatori: Paola PERFETTI,
Tommaso PELLIS

10:30

**Evoluzione del Trauma
Care**

Carlo CONIGLIO

SALA DUNANT



*Convegno di aggiornamento
degli Istruttori e Formatori
della Croce Rossa Italiana*

10:00 - 13:40

**ESSERE EFFICACI
NELLA FORMAZIONE,
SALVARE VITE**

Moderatori: Jacopo PAGANI,
Daniele DE NUZZO

10:00

**La Tecnologia per
Formare**

Roman BURKART

10:30

**Come i progetti di
cardioprotezione possono
salvare vite**

Patrizio ARMENI

11:00

**L'importanza della qualità
della RCP nel Salvare Vite**

Paride FERRAZZA

10:50

HUB&SPOKE: un modello organizzativo con nuove esigenze formative

Oswaldo CHIARA

11:10

Soccorrere in ambienti difficili

Alberto SPELLA

AREA ESPOSITIVA MARGHERITA 1

11.30 Coffee break

11:50

Il Cardiac Arrest Center

Tommaso PELLIS



12:20

La morte cardiaca aritmica e la morte coronarica

Niccolò GRIECO

LA TECNOLOGIA

Moderatore: *Pier Luigi INGRASSIA*

12:50

Per soccorrere

Roman BURKART

13:10

Per formare

Federico SEMERARO

13:30

Discussione

LA RIANIMAZIONE PEDIATRICA E NEONATALE

Sessione in collaborazione con AMIETIP

Moderatori: *Paolo BIBAN, Miriam TUMOLO*

11:50

Perché sbagliamo nell'emergenza

Marco DE LUCA

12:10

Simulazione pediatrica: Attualità e prospettive

Marco BINOTTI

12:30

Rianimazione neonatale: Verso le Linee Guida 2020

Daniele TREVISANUTO

12:50 - 13:40

IRC Comunità:

Verso il 2020 per la Comunità



MANOVRE SALVAVITA TRA PRESENTE E FUTURO

Moderatori: *Marco MARUZZO, Pasquale PARISI*

11:50

Il futuro del progetto Manovre Salvavita CRI

Sabrina RAMINI

12:20

Errori nella gestione delle vie aeree: una occasione per formare
Luca TORTOROLO

12:50

Manovre Salvavita in Acqua

Jacopo PAGANI

13:10

Stop the Bleed

Mauro ZAGO



AREA ESPOSITIVA MARGHERITA 1

13:40 - 14:40

Colazione di lavoro

Moderated Poster Session

Monica BENEDETTI, Tommaso PELLIS

SALA ROMEO

Amori che ripartono

14:40 - 15:10

Sopravvivere: Deficit cognitivi e assistenza ai sopravvissuti e i loro congiunti

Luca CABRINI, Erga CERCHIARI (Fondazione IRC)

15:10 - 16:15

Che succede? Che fare?

Sessione interattiva a cura di Italian Resuscitation Council, Croce Rossa Italiana, SimNova

WORKSHOP IPROCORE SECURITY: A FORMAT TO TRAIN FOR BASIC MASS CASUALTY TRIAGE*

SALA ROMEO

16:15 - 17:00

Conclusione

• **Congresso IRC 2019**

Consegna premio BEST OF THE BEST ABSTRACTS
Chiusura assemblea dei soci IRC e proclamazione
risultato elezioni

SALA DUNANT

Convegno Croce Rossa Italiana

16:15 - 16:45

Riunione Progetto Manovre Salvavita:

*Massimo NISI, Jacopo PAGANI, Luigi CIRULLI,
Sabrina RAMINI*

16:45 - 17:00

Conclusione e saluti

SEGRETERIA SCIENTIFICA FACULTY CONGRESSO

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Adriana BOCCUZZI (Torino), Luca CABRINI (Milano), Serena COPETTI (Roma), Samantha DI MARCO (La Spezia), Niccolò GRIECO (Milano), Brigida PANZARINO (Putignano BA), Tommaso PELLIS (Pordenone), Giuseppe RISTAGNO (Milano), Simone SAVASTANO (Pavia), Andrea SCAPIGLIATI (Roma), Silvia SCELISI (Genova), Federico SEMERARO (Bologna), Miriam TUMOLO (Genova)

COMITATO ORGANIZZATORE LOCALE

Monica BENEDETTI, Paolo BIBAN, Paola PERFETTI, Simone SEBASTIANI, Adriano VALERIO

FACULTY CONGRESSO

Gabriella ARLOTTA, Roma

Specialista in Anestesia e Rianimazione, UOC Cardioanestesia e Terapia Intensiva Cardiochirurgica, Fondazione Policlinico Universitario A.Gemelli IRCCS, Roma

Giovanni BABINI, Milano

Medico Specializzando in anestesia rianimazione, Dipartimento di Fisiopatologia Medico - Chirurgica e dei Trapianti, Università degli Studi di Milano - IRC Young, Bologna

Enrico BALDI, Pavia

Dottorando di Ricerca, Medico in formazione specialista in Cardiologia, Università degli Studi di Pavia, Pavia

Monica BENEDETTI, Verona

Pediatra di libera scelta convenzionata, ULSS 9, Verona

Loredana BESSONE, Colonia (Germania)

Head of Expedition Training and Exploration Testing Unit, European Space Agency, Colonia (Germania)

Paolo BIBAN, Verona

Direttore UOC Pediatria ad Indirizzo Critico, Terapia Intensiva Neonatale e Pediatrica, Pronto Soccorso Pediatrico, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Verona

**Marco BINOTTI, Novara**

Neonatologo, Terapia Intensiva Neonatale e Pediatrica, AOU Maggiore della Carità, Novara

Roman BURKART, Lugano (Svizzera)

Presidente Swiss Resuscitation Council, responsabile "Clinica e Attività Scientifica" IAS, Collaboratore scientifico, Fondazione Ticino Cuore, Lugano (Svizzera)

Luca CABRINI, Milano

Direttore Terapia Intensiva Generale, Ospedale San Raffaele, Milano

Vincenzo CASTELLI, Roma

Medico internista, Presidente Fondazione Giorgio Castelli Onlus, Ospedale Vannini, Roma

Erga CERCHIARI, Milano

Presidente Fondazione IRC, Bologna

Oswaldo CHIARA, Milano

Professore di Chirurgia, Director of Trauma and Acute Care Surgery, Director of Milano Trauma Network, Università Statale di Milano - Dipartimento di Patofisiologia e Trapianti, ASST Niguarda Hospital, Milano

Carlo CONIGLIO, Bologna

Responsabile Rianimazione, Ospedale Maggiore, Bologna

Ruggiero CORCELLA, Milano

Vice caposervizio Corriere della Sera - Redazione Salute, Corriere della Sera, Milano

Marco DE LUCA, Firenze

Responsabile SOSA "Simulazione e Risk Management", Dirigente Medico, Azienda Ospedaliero Universitaria A.Meyer, Firenze

Giovanni GORDINI, Bologna

Direttore UOC Anestesia, Rianimazione ed Emergenza Territoriale 118 - Bologna, Direttore Dipartimento Emergenza, Ospedale Maggiore - AUSL di Bologna

Niccolò B. GRIECO, Milano

Medico Cardiologo, Cardio Center De Gasperis - Ospedale Niguarda, Milano

Pier Luigi INGRASSIA, Milano

Ricercatore, Direttore Scientifico del SIMNOVA, Centro Interdipartimentale di Didattica Innovativa e Simulazione in Medicina, Università del Piemonte Orientale, Novara

Fulvio KETTE, Amburgo (Germania)

Head of Medical Services, Carnival Maritime, Amburgo

Luigi LANGELLA, Napoli

Anestesista Rianimatore, Asl Napoli 2 Nord Pozzuoli, Rianimatore-Terapia Intensiva, Napoli

Tommaso PELLIS, Pordenone

Direttore SC Anestesia e Rianimazione, AAS5 Friuli Occidentale, Ospedale di Pordenone

Paola PERFETTI, Verona

Medico d'Emergenza Urgenza, Referente Italiano per European Trauma Course, Pronto Soccorso "Borgo Trento", Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Verona

Sabrina RAMINI, Roma

Infermiere Area Critica, Policlinico di Tor Vergata, Roma

Katya RANZATO, Milano

Infermiere Referente- Dipartimento Alta Formazione Ricerca e Sviluppo, Ospedale Niguarda, Milano

Giuseppe RISTAGNO, Milano

Professore Associato di Anestesia, Università degli studi di Milano

Pier Cesare RIVOLTELLA, Treviglio (BG)

Professore Ordinario di Didattica e Tecnologie dell'istruzione, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

Claudio SANDRONI, Roma

Professore di Terapia Intensiva, Dipartimento di Terapia Intensiva Università Cattolica del Sacro Cuore - Policlinico Universitario A.Gemelli IRCCS, Roma

Simone SAVASTANO, Pavia

Medico Chirurgo Divisione di Cardiologia, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Andrea SCAPIGLIATI, Roma

Ricercatore confermato, Istituto di Anestesia e Rianimazione, Dipartimento di Scienze Cardiovascolari, Fondazione Policlinico Universitario A.Gemelli, Roma

Simone SEBASTIANI, Verona

Dirigente Medico I livello, Alta specialità "L'Emergenza e i suoi percorsi", Chirurgia Generale Endoscopia d'Urgenza, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona

Federico SEMERARO, Bologna

Anestesista Rianimatore, UOC Anestesia Rianimazione ed Emergenza Territoriale 118 Bologna, Ospedale Maggiore Bologna

Alberto SPELLA, La Spezia

Infermiere, CO 118 Alta Toscana, Massa Carrara

Daniele TREVISANUTO, Padova

Professore Associato di Pediatria, Università degli Studi di Padova

Miriam TUMOLO, Genova

Anestesia e Rianimazione Neonatale e Pediatrica, Istituto Giannina Gaslini, Genova

Adriano VALERIO, Verona

Direttore f.f. UOC Centrale Operativa SUEM 118, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Verona

Alessandro ZORZI, Treviso

Specialista in malattie dell'apparato cardiovascolare, Dipartimento di scienze cardio-toraco-vascolari e sanità pubblica, Università di Padova



FACULTY CONVEGNO CROCE ROSSA ITALIANA

Francesco ROCCA

Presidente Croce Rossa Italiana e Presidente di International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies

Flavio RONZI

Segretario Generale CRI

Massimo NISI

Consigliere Nazionale CRI

Cristiana MEI

Segretario Generale Vicario CRI

Patrizio ARMENI

Professore associato of Practice di Government, Health and Not for Profit, SDA Bocconi School of Management, Milano

Daniele DE NUZZO

Infermiere caposala area critica Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea, Roma

Paride FERRAZZA

Dirigente medico, cardiologo, formatore nazionale Croce Rossa Italiana, Roma

Marco MARUZZO

Dirigente medico Oncologia Istituto Oncologico Veneto, Delegato Tecnico Regionale Veneto Area Salute CRI

Jacopo PAGANI

Dirigente medico Pediatria, Responsabile area critica Pediatrica e Professore di didattica sperimentale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea, Roma, Responsabile Nazionale Area Salute CRI

Pasquale PARISI

Professore associato di Pediatria, Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea, Roma

Luca TORTOROLO

Professore Aggregato di Pediatria Policlinico universitario A. Gemelli Roma

Mauro ZAGO

Presidente SICUT, Responsabile UOS chirurgia mininvasiva, Policlinico San Pietro, Ponte San Pietro (BG)

ELENCO ABSTRACT

- 1 **A SCUOLA DI VITA**
LUCIANA PECORARO
- 2 **CDF CARMINE SPERANZA. PROGETTOPAD NEL BASSO CILENTO**
ANTONIO LETTIERI
- 3 **DAMAGE CONTROL DALLA TEORIA ALLA PRATICA: UNA PROPOSTA PER IL PERFEZIONAMENTO DELL'OPERATIVITÀ INFERMIERISTICA NEL TRAUMA TEAM**
ANNALISA SAVINO
- 4 **DEFIBRILLAZIONE IN VOLO H.E.M.S.: TRA MITO E REALTÀ**
ILARIA MENEGONI
- 5 **EDUCAZIONE AL PRIMO SOCCORSO E ALLA RIANIMAZIONE CARDIO POLMONARE IN ETÀ INFANTILE: UNA PROGETTAZIONE D'INTERVENTO EDUCATIVO COME CONTRIBUTO ALL'EMPOWERMENT DELLA OMUNITÀ**
DANIELE MESSI
- 6 **EDUCAZIONE AL PRIMO SOCCORSO: UTILIZZO DELLA SIMULAZIONE IN UN PROGETTO RIVOLTO A STUDENTI UNIVERSITARI**
ALESSANDRA BELLUCCINI
- 7 **EPIDEMIOLOGIA E RISULTATI DELL'ARRESTO CARDIACO EXTRAOSPEDALIERO IN PROVINCIA DI LECCE: UN RESOCONTO DI UN'ESPERIENZA QUINQUENNALE**
GAETANO TAMMARO
- 8 **HIGHWAY TO ROSC: ESPERIENZA DELLA ASL TOSCANA SUD-EST NELLA GESTIONE DELL'ARRESTO CARDIACO REFRATTARIO**
ROGGI ALESSANDRA
- 9 **IMPATTO DEI TEMPI DI ARRIVO DEL SERVIZIO MEDICO DI EMERGENZA SUL RITMO INIZIALE DI ARRESTO CARDIACO E AL RITORNO DELLA CIRCOLAZIONE SPONTANEA (ROSC) FUORI DALL'OSPEDALE: L'ESPERIENZA DELLA PROVINCIA DI LECCE, ITALIA**
GAETANO TAMMARO



- 10 **INFLUENZA DEI FLUSSI TURISTICI ESTIVI IN CASO DI ARRESTO CARDIACO EXTRAOSPEDALIERO IN UN'AREA AD ALTA INTENSITÀ TURISTICA: RISULTATI DI UNO STUDIO RETROSPETTIVO.**
GAETANO TAMMARO
- 11 **KIDS SAVE LIVES: PROGETTO FORMATIVO RIVOLTO AGLI STUDENTI DELLA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO DELLA PROVINCIA DI ANCONA**
PASQUALE PALUMBO
- 12 **L'EFFICACIA DELLE ISTRUZIONI PRE-ARRIVO (IPA) FORNITE ALLA POPOLAZIONE NON ADDESTRATA ALLE MANOVRE DI RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE (RCP) E ALL'UTILIZZO DEL DEFIBRILLATORE AUTOMATICO ESTERNO (DAE): UNO STUDIO RANDOMIZZATO CONTROLLATO**
ANDREA PAOLI
- 13 **LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLE EMERGENZE PEDIATRICHE - REVISIONE DEI METODI PER LA STIMA DEL PESO CORPOREO DEI BAMBINI**
SHKOZA DENADA
- 14 **LA PRESENZA DEI FAMILIARI DURANTE LA RIANIMAZIONE CARDIO-POLMONARE DALLA PROSPETTIVA DEI SANITARI**
MASSIMO MONTI, GABRIELE PRATI
- 15 **LA RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE SECONDO LE LINEE GUIDA IRC 2015: L'ESPERIENZA DELLA TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA E NEONATALE DELL'HEVI TEACHING HOSPITAL DI DUHOK- KURDISTAN IRACHENO**
FEDERICA BUZZI
- 16 **L'ANALISI DELLA RISPOSTA ASSISTENZIALE IN CASO DI ACC NEL MONDO DELLO SPORT: UN PROGETTO DI MANTENIMENTO DELLA PERFORMANCE**
ERMANNIO FERRARI
- 17 **PIANIFICARE L'ASSISTENZA AD UN PAZIENTE CRITICO UTILIZZANDO UN LINGUAGGIO STANDARDIZZATO: SIMULAZIONE DI UN CASO CLINICO CON GLI STUDENTI DEL III ANNO DEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA**
DANIELE MESSI
- 18 **ROLE OF NON TECHNICAL SKILLS (NTS) IN A SUCCESSFUL MANAGEMENT OF CARDIAC ARREST IN OPERATORY ROOM**
PIETRO PAOLO GIURI
- 19 **TRIAGE INFERMIERISTICO E GESTIONE IN PRONTO SOCCORSO DEI PAZIENTI PEDIATRICI VITTIME DI VIOLENZA**
LORENZO SINISCALCHI
- 20 **UN SISTEMA PER SALVARE VITE. AGGIORNAMENTI E PROPOSTE SULLA RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE E LA DEFIBRILLAZIONE PRECOCE IN ITALIA**
ANDREA SCAPIGLIATI
- 21 **UNA SURVEY SUL MEDICAL EMERGENCY TEAM IN ITALIA**
ALESSANDRO GALAZZI
- 22 **VALUTAZIONE DELLE ABILITÀ BLS (A SEI MESI) NEGLI STUDENTI DI INFERMIERISTICA DELL'UNIVPM**
TAMARA CAMPANELLI
- 23 **"WHERE ARE U" UN'APPLICAZIONE AL SERVIZIO DELL'EMERGENZA**
VINCENZO SCOTTO

1

A SCUOLA DI VITA

L.Pecoraro, I.Langella, I.Langella

I progetti informativi tenuti negli ambienti scolastici, hanno dimostrato l'importanza dell'approccio alle manovre di rianimazione cardiopolmonare a partire dalla giovane età. Abbiamo dimostrato che attraverso il gioco possono essere trasmesse ed apprese con successo le basilari informazioni salvavita. Sono stati oggetto del nostro studio coorti di bimbi che abbiamo seguito dalla scuola dell'infanzia, fino all'ultimo anno della scuola primaria. Nella scuola dell'infanzia i bambini hanno imparato, attraverso il gioco "il girotondo della vita", il "compito" svolto da: cervello, polmoni, cuore e sistema circolatorio. Intorno ai cinque piccoli "attori" posti al centro di un grande girotondo (ognuno di loro con un compito da svolgere: il cervello fa volare i suoi pensieri, i polmoni si gonfiano simulando atti respiratori, il cuore, con due attori, si muove coordinatamente aprendo e chiudendo le camere cardiache, mentre il circolo sanguigno viene rappresentato da un bimbo che mimando un aeroplano ad ali spiegate, gira intorno agli organi), ruotano tutti gli altri compagni; tutti insieme rappresentano il "girotondo della vita". Con i nostri Istruttori, abbiamo guidato i bimbi del cerchio più grande a rallentare il movimento del girotondo fino alla completa staticità, così facendo l'aeroplanino non riuscendo più a "volare" si ferma, bloccando il funzionamento dei restanti organi; a questo punto i bimbi vengono invitati a battere coordinatamente le mani affinché il piccolo velivolo possa ricominciare a volare consentendo al "sangue" di riprendere il suo circolo ed agli organi di ricominciare a funzionare; il gioco termina con un animato girotondo fra l'applauso fragoroso e le voci argentine dei cuccioli d'uomo. Incontrandoli nella classe prima e seconda, hanno imparato a lavorare in sicurezza, a riconoscere l'evento avverso e ad effettuare la chiamata di soccorso, quest'ultima supportata da un telefonino gigante con numeri colorati che consentiva, attraverso l'apertura di uno sportellino, di affacciarsi e rispondere mimando e recitando il ruolo di "operatore di centrale" in risposta al "soccorritore occasionale"; solo quando le informazioni scambiate fra i due ruoli avvenivano correttamente, l'"operatore di centrale" autorizzava un terzo bimbo ad arrivare con l'autoambulanza, anche questa simulata con un'automobilina colorata a misura di bambino. Proseguendo gli incontri nelle classi terza, quarta e quinta, i bimbi hanno completato tutti i passaggi dei primi tre anelli della catena della sopravvivenza. Particolarmente di supporto è stata la consegna della favola del "pic-nic mozzafiato", avvenuta nella classe terza. Nell'ultimo anno di scuola primaria, abbiamo dedicato una particolare attenzione alla preparazione dell'aula con postazioni di addestramento 1/1, abbiamo simulato: Sicurezza, A, B, chiamata Soccorso/DAE, C, con RCP 30/2 a ritmo di musica, con il trascorrere del tempo la stanchezza delle ripetute sequenze cominciava a farsi sentire, abbiamo ridotto il numero di simulatori fino ad utilizzare un unico manichino e tante piccole mani, trasmettendo così il messaggio del "lavoro di squadra", minimo lavoro muscolare, tante mani, un unico obiettivo: "salvare una vita". Applicare attraverso il gioco le conoscenze basilari del supporto vitale, ha consentito di "iniziare" giovani uomini e donne del domani alla solidarietà ed alla collaborazione a beneficio dell'intera comunità.

2

CDF CARMINE SPERANZA. PROGETTOPAD NEL BASSO CILENTO

A.Lettieri, G.Tripari, D.Caputo, A.Speranza, A. Urli

Nel 2010 è iniziata nel basso Cilento un'esperienza unica ed entusiasmante. Un medico di emergenza appena in pensione incontra per caso una coppia che ha appena perso l'unico figlio, brillante studente universitario, da poco deceduto per MCI. Nasce un progetto di P.A.D. da portare avanti sul territorio del basso Cilento, piccoli paesi tra costa e Appennino di qualche migliaio di abitanti ciascuno.

IL PROGETTO È:

- Dotare ciascun comune della zona di DAE provvedendo alla donazione degli apparecchi al comune o antri enti locali attraverso la



Onlus "Carmine Speranza"

- Addestrare alcuni volontari locali attraverso il CDF "Carmine Speranza" all'uso del DAE e alle tecniche di RCP di base. I CDF si avvale attualmente di 21 istruttori, 2 medici, 4 infermieri e 14 istruttori "Laici", tutti inseriti dopo un percorso formativo secondo lo schema ircouncil e/o Irc-com. Gli stessi istruttori sono stati accreditati presso la regione Campania per il CDF regionale "Carmine Speranza" secondo le linee guida regionali.

Per 8 anni è proseguito un lavoro capillare ed entusiasmante sul territorio con corsi BLS/D anche nelle scuole di ogni ordine e grado e sensibilizzazione dei cittadini anche attraverso i propri figli.

IN QUESTI ANNI:

- Sono stati donati dall'associazione 50 defibrillatori a comuni, forze dell'ordine, scuole ed altre associazioni locali
- Sono state formate circa 13000 persone con corsi di formazione secondo lo standard Irc sul territorio.

RISULTATI:

In questi 8 anni gli operatori laici addestrati dal nostro CDF "Carmine Speranza" hanno effettuato interventi con i seguenti risultati:

- 14 interventi di defibrillazione precoce con DAE con esito positivo: le persone defibrillate sono attualmente in vita e senza alcun esito neurologico;
- 7 interventi con il solo uso del BLS e conseguente ripresa di attività cardiaca spontanea
- 9 interventi su pazienti con ostruzione completa delle vie aeree con esito positivo.

3

DAMAGE CONTROL DALLA TEORIA ALLA PRATICA: UNA PROPOSTA PER IL PERFEZIONAMENTO DELL'OPERATIVITÀ INFERMIERISTICA NEL TRAUMA TEAM

A. Savino, D. Messi, M. Marchetti, A.R. Lampisti, M. Mercuri - Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND

Il Damage Control (DC) rappresenta attualmente la frontiera avanzata nel trattamento d'emergenza. Obiettivo del DC è il rapido riconoscimento della "Triade Killer": ipotermia, coagulopatia, acidosi.

Nel trauma si assiste ad una ipotermia secondaria alle lesioni traumatiche, conseguenza non solo fisiopatologica inevitabile delle lesioni traumatiche stesse ma anche delle manovre rianimatorie compiute sul paziente.

L'interessamento sistemico che segue un evento traumatico determina perdite ematiche consistenti.

La genesi della coagulopatia precoce va ricercata in un meccanismo di attivazione di catene di mediatori indotta da ipoperfusione e danno tissutale. L'ipovolemia e l'ipoperfusione determinano uno stato di acidosi poiché si verifica uno shift del metabolismo da aerobio ad anaerobio.

Fondamentale è il riconoscimento e il trattamento tempestivo che sicuramente possono essere garantiti da una perfetta sinergia tra tutte le figure sanitarie che sono coinvolte nella gestione del paziente traumatizzato. L'infermiere è parte integrante del trauma team (TT). Per poter operare al massimo dell'efficienza il TT necessita di alto grado di competenze e di organizzazione. Al fine di garantire una maggiore operatività infermieristica si è giunti alla creazione di uno studio suddiviso in due fasi.

OBIETTIVO

Fase 1: Creare delle Flow Chart (FC) atte a favorire l'identificazione e il trattamento precoce della triade killer nel paziente traumatizzato

Fase 2: Valutare l'efficacia potenziale delle FC elaborate per favorire l'identificazione e il trattamento della triade killer da parte di ogni membro del TT nella fase intraospedaliera.

MATERIALI E METODI

Fase 1: Le FC sono state costruite attraverso analisi della letteratura.

Fase 2: Le FC elaborate sono state valutate dagli infermieri operanti nelle Strutture Operative Dipartimentali (SOD) del Dipartimento di Emergenza e Accettazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona mediante un questionario costruito ad hoc.

RISULTATI

Fase 1: La FC IPOTERMIA guida il professionista nella determinazione dei diversi gradi di ipotermia per individuare la migliore strategia di protezione termica e/o riscaldamento attivo. L'attuazione degli interventi di riscaldamento attivo interno e/o esterno potrebbe richiedere dei tempi tecnici di attivazione che dovrebbero essere abbattuti al massimo con una adeguata anticipazione degli stessi attraverso lo strumento creato.

La FC COAGULOPATIA propone la classificazione delle classi di shock per aiutare a mantenere alta la consapevolezza della situazione in merito alla gravità dello shock emorragico.

Stesso obiettivo è legato alla terza FC dedicata all'ACIDOSI.

Fase 2: Hanno risposto al questionario 47 infermieri (58,75%): 62% degli infermieri della SOD di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza e 55% degli infermieri della SOD Clinica di Anestesia e Rianimazione Generale, Respiratoria e del Trauma Maggiore.

In 21 (44,68%) hanno sentito parlare di DC nella propria esperienza lavorativa, di cui 19 (90,47%) erano a conoscenza della triade a cui fa capo.

In 29 (61,70%) hanno trattato la triade letale.

L'intero campione è concorde nel ritenere che la tematica trattata abbia valenza anche infermieristica e che risulta necessaria la stesura di un protocollo all'interno della SOD d'appartenenza.

Le FC sono state ritenute complete dal 97,87% dei professionisti.

CONCLUSIONI

In accordo con quanto ricavato dallo studio si evince la necessità di elaborare un giusto strumento che riporti con dovizia gli interventi infermieristici, associandolo a corsi di formazione e protocolli operativi, attraverso cui il professionista possa perfezionare l'efficacia del proprio contributo all'interno del team di cura.



DEFIBRILLAZIONE IN VOLO H.E.M.S.: TRA MITO E REALTÀ

A. Gabrieli, I. Menegoni, A. Cucino, S. Armani, E. Polati, P. Caputo, D. Penzo

INTRODUZIONE

L'elisoccorso (HEMS) riveste un ruolo sempre più importante nella gestione delle emergenze sul territorio. A bordo dell'aeromobile le manovre di assistenza sanitaria sono limitate ed essenziali privilegiando la stabilizzazione prima del decollo.

Con questo lavoro intendiamo analizzare le caratteristiche epidemiologiche degli arresti cardiaci in Provincia di Trento in cui sia intervenuto l'HEMS e si sia resa necessaria la defibrillazione in volo, ponendo l'attenzione sulla normativa vigente riguardo la sicurezza.

BACKGROUND

La normativa riguardante le apparecchiature a bordo di aeromobili civili è stringente (DO-160D, Sezione 21, Categoria M). Le apparecchiature medicali impiegate in eliambulanza sono state costruite per l'impiego stazionario o veicolare terrestre quindi difficilmente si trova un defibrillatore che si adegua ai criteri del DO-160D. L'operatore che intende impiegare a bordo tali apparecchiature elettromedicali deve quindi riferirsi a verifiche effettuate singolarmente per ciascun tipo di apparecchiatura su ciascun aeromobile in servizio.



METODI

Studio osservazionale retrospettivo basato sull'analisi del Database Elisoccorso (gennaio 2010-dicembre 2018). È stata analizzata la frequenza della defibrillazione in volo considerando il tipo di soccorso, i tempi preospedalieri, il tipo di patologia dei pazienti e le caratteristiche epidemiologiche oltre che sanitarie.

RISULTATI

Nel periodo di studio sono state analizzate 18'636 missioni HEMS. La patologia cardiovascolare in generale rappresenta il 25,3% (4'724 casi) degli interventi. Di questi, 949 erano pazienti in arresto cardiaco che hanno richiesto manovre di RCP. I ritmi di presentazione al momento dell'intervento sanitario sono stati: 200 casi di FV, 576 casi di asistolia, 111 casi di PEA. Gli arresti cardiaci gestiti con la defibrillazione sono stati in totale 410. Per quanto riguarda le tempistiche dell'intervento sul paziente con patologia cardiovascolare acuta, si rilevano i seguenti dati: 31 minuti in media di intervento sanitario per la stabilizzazione del paziente sul luogo dell'evento, 1 ora e 14 minuti complessivi come tempistica media totale dal momento del decollo all'arrivo del paziente in PS.

Della totalità di pazienti che hanno richiesto la defibrillazione sul territorio (410 pazienti), 22 (5%) sono stati sottoposti a shock elettrico anche durante l'elitransporto. L'analisi specifica dei dati di quest'ultima categoria evidenzia: 16 interventi primari e 6 secondari; 20 eziologie cardiovascolari e 2 traumatiche. Il genere maschile è più rappresentato (81,8%). In 3 casi gli eventi si sono verificati in luogo impervio: 2 in zona sciistica ed 1 in sentiero montano. Dei 22 casi di defibrillazione in volo 18 sono stati sottoposti a manovre rianimatorie anche prima del volo, di cui 15 con più di un tentativo di defibrillazione. In nessun caso sono stati segnalati problemi di interferenza con la strumentazione di bordo o danni a cose o persone a bordo.

CONCLUSIONI

Questa analisi conferma la relativa rarità della procedura e pone il problema della compatibilità elettromagnetica della defibrillazione in volo con le relative procedure da predisporre ed adottare in forma di specifici protocolli al fine di mitigare i potenziali rischi della stessa.

BIBLIOGRAFIA

- Dedrick D.K. et al., "Defibrillation safety in emergency helicopter transport", *Annals of Emergency Medicine*, 18(1), pp. 69-71, Jan 1989
- Katis PG, et al., "Potential error in the use of an external automatic defibrillator during an in-flight medical emergency", *CJEM*, 6(1), pp.45-7, Jan 2004
- Brown A.M. et al., "In-flight automated external defibrillator use and consultation patterns", *Prehospital emergency care*, 14, pp.235-239, 2010



EDUCAZIONE AL PRIMO SOCCORSO E ALLA RIANIMAZIONE CARDIO POLMONARE IN ETÀ INFANTILE: UNA PROGETTAZIONE D'INTERVENTO EDUCATIVO COME CONTRIBUTO ALL'EMPOWERMENT DELLA COMUNITÀ

E. Ciarletti, D. Messi, A. Belluccini, G. Diambri, E. Adrario

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni abbiamo assistito al proliferare dei corsi di Primo Soccorso organizzati dalle varie associazioni e tenuti da istruttori accreditati con lo scopo di insegnare le tecniche base da attuare in caso di emergenza ed implementare quindi soprattutto la diffusione della rianimazione cardiopolmonare (RCP) e delle manovre di disostruzione delle vie aeree nella popolazione. La via migliore per raggiungere l'intera popolazione sembra essere quella della formazione nelle scuole, da sempre terreno fertile per l'apprendimento dei comportamenti e delle azioni volte alla salvaguardia della salute individuale e collettiva e per l'edificazione e lo sviluppo dei valori di empatia e senso di comunità. Ma a quale età è più opportuno introdurre questo tipo di insegnamento? Finora ci si è concentrati prettamente sull'addestramento dei ragazzi delle scuole secondarie di primo e secondo grado, mentre poche notizie si hanno circa un possibile apprendimento di tali temi, magari più sfumati, da parte dei bambini più piccoli, in età prescolare. Una rimostranza opposta ad un

eventuale training è in primis se i più piccoli sarebbero capaci di apprendere determinati concetti, oltre ad eventuali ripercussioni nocive sulla psiche con l'introduzione di tematiche delicate di questo genere.

OBIETTIVO

Scopo del progetto esposto è quello di esplorare questa zona grigia e proporre l'attuazione di un intervento di educazione sanitaria che abbia come destinatari ultimi i bambini in età prescolare.

METODI

Prima fase: Identificazione del problema di salute e del bisogno formativo attraverso analisi della letteratura seguita da una ricerca di tipo qualitativo attraverso focus group che ha permesso di intervistare un gruppo di insegnanti della scuola dell'infanzia di un istituto scolastico marchigiano.

Seconda fase: Progettazione di un programma educativo rivolto ad insegnanti, genitori e bambini della scuola dell'infanzia.

RISULTATI E CONCLUSIONI

Prima fase: Dalla revisione della letteratura e dai risultati del focus group è emerso che i bambini di 5-6 anni, con un addestramento adattato alle loro abilità psicomotorie (utile servirsi di tecniche di simulazione/role playing o giochi di gruppo) ed eventualmente ripetuto ad intervalli regolari nella carriera scolastica, sarebbero in grado di apprendere manovre elementari come riconoscere un'emergenza, chiamare i soccorsi, riferire la situazione all'operatore e seguirne le istruzioni, fino ad arrivare ad acquisire competenze più avanzate, aumentando la complessità degli argomenti trattati di pari passo con l'aumentare dell'età e del loro sviluppo cognitivo.

Seconda fase: Sulla base dei dati raccolti circa la fattibilità di progettazione e realizzazione di un programma educativo, sono stati formulati degli obiettivi per insegnanti stesse, genitori e bambini e pianificato un evento formativo comprensivo di lezioni frontali e addestramento pratico inerenti il primo soccorso, da mettere in atto nella scuola dell'infanzia ad opera di istruttori medici e infermieri. A realizzare il programma educativo finale sui bambini tramite il metodo più adeguato individuato saranno le insegnanti, affiancate dagli stessi istruttori che avranno curato la loro formazione e quella dei genitori. In considerazione delle oggettive limitazioni operative in tale porzione della popolazione, la tematica del soccorso non sarà prioritariamente finalizzata all'acquisizione da parte dei bimbi di tutte le specifiche competenze pratiche, ma all'introduzione e diffusione della cultura della sicurezza e consapevolezza del pericolo e in maniera trasversale allo sviluppo di una coscienza civile e sociale del futuro cittadino responsabile contribuendo alla crescita di una società più solidale.

6**EDUCAZIONE AL PRIMO SOCCORSO: UTILIZZO DELLA SIMULAZIONE IN UN PROGETTO RIVOLTO A STUDENTI UNIVERSITARI**

I. Landini, D. Messi, A. Belluccini, G. Diambri, M. Diambri, E. Adrario

INTRODUZIONE

Le condizioni o patologie che possono mettere in pericolo di vita una persona sono numerose, per questo motivo è necessario un trattamento efficace e tempestivo, che possa sostenere o ripristinare i parametri vitali nel minor tempo possibile. Alla tempestività deve accompagnarsi anche una buona qualità degli interventi. È fondamentale aver un buon intervento anche da parte degli astanti (soccorritori laici) che a tal proposito rivestono un ruolo fondamentale e che però ancora oggi attenendosi ai dati epidemiologici soltanto nel 20-40% dei casi sono in grado di mettere in atto le manovre necessarie. Partendo da questo dato si ritiene necessario dare la diffusione più capillare possibile alle nozioni base per riconoscere e fronteggiare un eventuale emergenza sanitaria, comprese le modalità di attivazione



del soccorso. Presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche nel programma di Attività Formativa Professionalizzante del Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia (CdLMCU) al primo anno di corso sono previste delle attività didattiche che permettono di fornire allo studente le indicazioni per la gestione delle principali situazioni di emergenza/urgenza, per una corretta attivazione dell'allarme sanitario e per la gestione del primo intervento. Tra i metodi didattici che potrebbero essere utilizzati in questi ambiti si evidenzia la tecnica della simulazione che promuove l'apprendimento esperienziale in condizioni di sicurezza.

SCOPO DELLO STUDIO

Progettare ed attuare un programma formativo atto a fornire agli studenti del primo anno di corso del CdLMCU le indicazioni per la gestione delle principali situazioni di emergenza/urgenza, per una corretta attivazione dell'allarme sanitario e per la gestione del primo intervento.

METODI

La progettazione è stata curata attraverso il modello della spirale di Guilbert. L'individuazione dei problemi prioritari di salute – definizione degli obiettivi è stata strutturata sulla base di una revisione della letteratura e dall'analisi dei programmi formativi del CdLMCU. Sulla base degli obiettivi educativi è stata elaborato un sistema di valutazione, pre e post-formazione per la valutazione certificativa e per la valutazione dell'evento formativo attraverso questionari auto compilati. La pianificazione ed attuazione del programma educativo articolata in quattro giornate ha previsto l'uso di una simulazione inaspettata dai partecipanti all'inizio dell'evento formativo. È stato elaborato un canovaccio di simulazione per la realizzazione di una situazione con paziente simulato "perdita di coscienza improvvisa". La simulazione è stata seguita da un debriefing con un'analisi delle emozioni che è stata raccolta in forma scritta. Alla simulazione sono seguite lezioni frontali e dimostrazioni su vivente e manichino.

RISULTATI E CONCLUSIONE

Hanno partecipato n. 331 studenti. L'analisi della valutazione ha permesso di evidenziare un'alta efficacia della formazione per quando riguarda l'aspetto cognitivo con un miglioramento in tutte le domande tra pre e post test con particolare riferimento alle domande riferite alla posizione laterale di sicurezza e alle manovre di disostruzione delle vie aeree. L'analisi delle emozioni suscitate dalla simulazione ha permesso di evidenziare un effetto positivo del debriefing post simulazione soprattutto nelle elaborazioni della paura vissuta dal 30% dei partecipanti. I risultati confermano l'efficacia della simulazione come metodo didattico anche se utilizzato in un numero elevato di partecipanti. È possibile suggerire l'applicazione sperimentale di tale programma educativo ad una popolazione diversa da quella descritta al fine di poter valutare l'applicabilità del programma alla popolazione generale.



EPIDEMIOLOGIA E RISULTATI DELL'ARRESTO CARDIACO EXTRAOSPEDALIERO IN PROVINCIA DI LECCE: UN RESOCONTO DI UN'ESPERIENZA QUINQUENNALE

Gaetano Tammaro¹, Enzo Picconi², Maurizio Scardia¹, Stefano Scardia³, Savina Maria Grazia¹,
Cesare Sabetta¹, Daniele Antonaci¹, Domenica Rita Ruggeri¹

INTRODUZIONE

L'arresto cardiaco extraospedaliero (OHCA) è una delle principali cause di morte e disabilità in tutto il mondo. Nel 2013 è stato istituito un registro OHCA dal Servizio medico di emergenza territoriale (EMS) di Lecce, Italia; questo servizio pubblico opera in un'area di 814.495 abitanti, aumentando fino a circa 1.600.000 durante l'estate. Lo scopo di questo studio è quello di valutare il registro OHCA di Lecce per riportare l'epidemiologia e i tassi di sopravvivenza dopo OHCA, per quanto riguarda i tempi di risposta EMS.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio osservazionale prospettico dal registro OHCA di Lecce. Il registro contiene dati su tutto l'OHCA frequentato dall'EMS tra il 1° gennaio 2013 e il 31 dicembre 2017. I dati sono stati registrati cronologicamente dall'equipaggio dell'ambulanza e

comprendevano caratteristiche del paziente (età e sesso), caratteristiche di arresto, tempi di risposta EMS, trattamento e paziente esiti (ritorno di circolazione spontanea [ROSC] o morte).

RISULTATI

4203 casi OHCA di arresti cardiaci trattati con EMS sono stati registrati nel periodo di studio (103 per 100.000 di popolazione residente all'anno). L'età media era 76,1 anni (DS 16,5) e il 44,8% era di sesso femminile. Il ritmo iniziale all'arrivo del team di emergenza era principalmente asistolia (87,2%); fibrillazione ventricolare o tachicardia è stata osservata nel 9,4%, attività elettrica senza polso nel 3,4%. Il ROSC al trasferimento ospedaliero era evidente nel 4,5% (n = 191) dei casi. Il tempo medio dalla chiamata all'ambulanza era di 83 secondi (nessuna differenza tra i sopravvissuti e i morti). Il tempo medio dalla chiamata EMS all'arrivo dell'ambulanza era di 15 minuti e 48 secondi (12 minuti e 2 secondi per i sopravvissuti e 15 minuti e 58 secondi per i morti, p = 0,04).

CONCLUSIONE

Nella provincia di Lecce, l'OHCA è una delle principali cause di morte, con un basso tasso di sopravvivenza.

Le informazioni sull'epidemiologia e sui tempi di risposta agli EMS possono contribuire a migliorare la sopravvivenza e l'esito dei pazienti.

1. 118 Lecce Emergency Services Operations Center, Lecce, Italy.

2. Department of Intensive Care Medicine and Anesthesiology, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli - Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy

3. Department of Internal Medicine, Regional Hospital of Lugano, Lugano, Switzerland.



HIGHWAY TO ROSC: ESPERIENZA DELLA ASL TOSCANA SUD-EST NELLA GESTIONE DELL'ARRESTO CARDIACO REFRATTARIO

E.S. Romei, A. Roggi, A. Stocchi, G. Olivagnoli, A. Nativi, M. Mandò

La gestione del paziente affetto da arresto cardio-respiratorio (ACR) è da sempre una sfida per tutti gli operatori del soccorso che vi si trovino coinvolti. Le recenti evidenze di letteratura dimostrano che, in caso di funzionamento di tutti gli anelli della cosiddetta Catena della Sopravvivenza, il paziente può avere un Resuscitation of Spontaneous Circulation (ROSC) ed essere anche dimesso vivo dall'ospedale senza gravi esiti neurologici.

La rapida stabilizzazione sul posto e il trasporto (senza attesa del ROSC) verso un centro dove sia possibile effettuare percutaneous transluminal coronary angiography (PTCA) o Extra Corporeal life support (ECLS), ha permesso di garantire a tutti i pazienti colpiti da ACR le stesse possibilità di sopravvivenza in termini di miglior perfusione coronarica e cerebrale possibile.

Dal 2018 la Azienda Sanitaria Toscana Sud-Est ha applicato un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA) di gestione dell'ACR che coinvolge più professionisti sia intra che extraospedalieri: Centrale Operativa 118, personale dei mezzi di soccorso, Dipartimento Emergenza Urgenza, Cardiologia, Terapia Intensiva e Coordinamento Locale Donazione Trapianti. Il precoce riconoscimento dell'ACR al momento della chiamata al 118, l'invio dei mezzi di soccorso appropriati e la somministrazione delle istruzioni pre-arrivo, l'impiego di defibrillatori semiautomatici (DAE) diffusi sul territorio in maniera capillare e a disposizione di laici adeguatamente formati, consentono di migliorare le probabilità di sopravvivenza. Eseguire una veloce stabilizzazione del paziente in ACR applicando le best practice, in particolar modo compressioni toraciche di alta qualità, defibrillazione precoce, monitoraggio End-Tidal CO2 e terapia farmacologica adeguata, affiancati da una formazione capillare degli operatori, consentono al paziente con ACR refrattario di accedere ad un percorso terapeutico che gli era precluso prima della diffusione dei massaggiatori meccanici: la possibilità di sottoporsi a ECLS o PTCA durante le manovre rianimatorie. A distanza di 18 mesi revisioniamo la nostra casistica analizzandone gli esiti.



9

IMPATTO DEI TEMPI DI ARRIVO DEL SERVIZIO MEDICO DI EMERGENZA SUL RITMO INIZIALE DI ARRESTO CARDIACO E AL RITORNO DELLA CIRCOLAZIONE SPONTANEA (ROSC) FUORI DALL'OSPEDALE:

L'ESPERIENZA DELLA PROVINCIA DI LECCE, ITALIA

Gaetano Tammaro^{1, *}, Enzo Picconi², Maurizio Scardia¹, Stefano Scardia³, Cesare Sabetta¹, Daniele Antonaci¹, Domenica Rita Ruggeri¹

INTRODUZIONE

L'arresto cardiaco extraospedaliero (OHCA) è una delle principali cause di morte e disabilità in tutto il mondo. Nel 2013 il servizio sanitario di emergenza territoriale (EMS) di Lecce, un servizio pubblico cooperante in una provincia italiana di 814.495 abitanti, ha sviluppato un registro OHCA. Il presente studio si propone di valutare la relazione tra il tempo di arrivo EMS, i ritmi defibrillabili e il ritorno della circolazione spontanea (ROSC).

MATERIALI E METODI

Sono stati valutati tutti i casi OHCA dal 1° gennaio 2013 e 31 dicembre 2017 nel registro OHCA di Lecce. I dati sono stati raccolti cronologicamente dall'equipaggio dell'ambulanza e comprendevano caratteristiche del paziente (età e sesso), caratteristiche di arresto, tempi di risposta EMS, trattamento e esiti del paziente (ROSC o morte).

RISULTATI

4203 casi OHCA di arresti cardiaci trattati con EMS sono stati registrati nel periodo di studio (103 per 100.000 di popolazione residente all'anno), con un tasso di sopravvivenza al trasferimento ospedaliero del 4,5%. Asistole era il più comune ritmo di arresto cardiaco (87,2%), mentre la fibrillazione ventricolare o tachicardia (VF / VT) e l'attività elettrica senza pulsazioni (PEA) sono state osservate rispettivamente per il 9,4% e il 3,4% dei casi. Rispetto ai casi di ROSC, la percentuale di ritmi di shock è salita al 54,1%. I tempi di risposta EMS medi (mm:ss) erano 11:37 per i ritmi scandalosi con ROSC, 13:31 per i ritmi defibrillabili con la morte, 12:58 per i ritmi non defibrillabili con ROSC e 16:12 per i ritmi non defibrillabili con la morte. I casi di ROSC con VF / VT sono stati assistiti in meno tempo rispetto agli altri. Conclusione: secondo il registro OHCA di Lecce, il tasso di sopravvivenza dopo l'OHCA è basso. Il ritmo di arresto iniziale può influenzare il risultato, dal momento che la maggior parte dei casi di ROSC è rappresentata da ritmi defibrillabili. I casi di ROSC dopo VF / VT erano associati all'arrivo di EMS più breve.

1. 118 Centro operativo servizi di emergenza di Lecce, Lecce, Italia

2. Dipartimento di Terapia Intensiva Medicina e Anestesiologia, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli - Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia

3. Dipartimento di Medicina Interna, Ospedale Regionale di Lugano, Lugano, Svizzera

10

INFLUENZA DEI FLUSSI TURISTICI ESTIVI IN CASO DI ARRESTO CARDIACO EXTRAOSPEDALIERO IN UN'AREA AD ALTA INTENSITÀ TURISTICA: RISULTATI DI UNO STUDIO RETROSPETTIVO

Gaetano Tammaro¹, Enzo Picconi², Maurizio Scardia¹, Stefano Scardia³, Savina Maria Grazia¹, Cesare Sabetta¹, Daniele Antonaci¹, Domenica Rita Ruggeri.

Abbiamo eseguito una revisione del nostro registro locale degli arresti cardiaci (OHCA) fuori dall'ospedale, al fine di capire se la variazione stagionale della popolazione possa avere un ruolo nell'incidenza e nel tasso di sopravvivenza di OHCA.

Mentre sono stati pubblicati studi epidemiologici basati sulla popolazione sul ruolo delle variabili stagionali nell'insorgenza dell'arresto cardiaco, nessuna ricerca ha mai studiato l'influenza dei flussi turistici sull'incidenza e sull'outcome di OHCA. Il nostro EMS ha una caratteristica distintiva, poiché opera in un'area ad alta intensità turistica, da 600.000 a 1.100.000 di persone che visitano la nostra provincia ogni anno, determinando così un aumento della popolazione del 200% durante il periodo estivo: questo aumento temporaneo potrebbe avere il potere di stravolgere il locale Sistema EMS, creando così la necessità di pianificare un possibile aumento delle richieste di risorse mediche e di personale. Come evidenziato nel nostro lavoro, nonostante un significativo aumento della popolazione reale nei mesi estivi, il verificarsi di OHCA è invariato durante tutto l'anno: ciò si traduce in una riduzione dell'occorrenza di OHCA per 100.000 persone nel periodo estivo. Inoltre, non abbiamo riscontrato differenze per quanto riguarda l'orario di arrivo degli EMS e il tasso di persone che sono sopravvissute all'arresto cardiaco tra l'estate e gli altri mesi; a tale proposito, abbiamo considerato che il miglioramento dell'EMS attraverso l'attivazione di stazioni ambulatoriali stagionali in determinati stabilimenti balneari potrebbe aver contribuito a mantenere le prestazioni dell'assistenza di emergenza, nonostante l'aumento della popolazione in estate.

1. 118 Lecce Emergency Services Operations Center, Lecce, Italy

2. Department of Intensive Care Medicine and Anesthesiology, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli - Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy

3. Department of Internal Medicine, Regional Hospital of Lugano, Lugano, Switzerland



KIDS SAVE LIVES: PROGETTO FORMATIVO RIVOLTO AGLI STUDENTI DELLA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO DELLA PROVINCIA DI ANCONA

P. Palumbo, V. Giampieri, F. Gallone, S. Ortolani

SCOPO

Il progetto rivolto alle scuole ha lo scopo di abbattere la convinzione che solo mani esperte siano in grado di far fronte ad una situazione di emergenza come l'arresto cardiaco improvviso e di far dilagare la cultura che i ragazzi in età scolastica ed i soccorritori laici siano le armi migliori per contrastare questo fenomeno. I ragazzi educati nelle proprie scuole, infatti, apprendono e condividono le loro conoscenze e nuove scoperte in merito alle manovre di primo soccorso con le persone che li circondano, amici e familiari, agendo da veri e propri vettori di informazione. Il progetto, chiamato Kids Save Lives, si propone di sensibilizzare quante più persone possibile, partendo appunto dagli studenti, sulla tematica del Basic Life Support. L'idea alla base di questo progetto è quella di sostenere l'educazione nelle scuole delle manovre di primo soccorso, con un insegnamento ed una metodica riadattati alle fasce di età di interesse.

METODI

Il criterio di inclusione del campione si è basato sulla disponibilità delle scuole a far partecipare le proprie classi alla lezione teorico/pratica di Basic Life Support. Per questo sono stati presi in esame gli studenti delle classi prime, seconde e terze della Scuola Secondaria di Primo grado M. Montessori e delle classi terze della Scuola Secondaria di Primo grado G. Pascoli, entrambe della provincia di Ancona, per un totale di 219 ragazzi di età compresa tra i 10 e i 14 anni, nel periodo da Novembre 2018 ad Aprile 2019. Con la somministrazione dei questionari anonimi composti da 13 items, prima e dopo l'intervento educativo, si vogliono indagare rispettivamente le conoscenze preliminari dei ragazzi ed evidenziare eventuali miglioramenti nel secondo test. L'intervento educativo, di durata di circa 2 ore per classe, è stato suddiviso in due parti: la prima di lezione frontale supportata dalle slides, fornite dall'Italian Resuscitation Council per il progetto Kids Save Lives e costruite sulla base delle conoscenze di ragazzi della loro età e la seconda di addestramento pratico con manichini adatti alla loro corporatura (il Little Anne e il Mini Anne Plus della Laerdal). I ragazzi, dopo essersi distribuiti in coppie, si sono esercitati a turno nell'esecuzione della rianimazione cardiopolmonare, supportati dal brano musicale "Stayin' Alive dei Bee Gees" di sottofondo che li ha aiutati nel mantenere il giusto ritmo delle compressioni.



RISULTATI

Tramite i questionari che sono stati somministrati ai ragazzi, realizzati appositamente per il progetto, emerge come prima dell'intervento educativo gli studenti abbiano scarse conoscenze in merito al tema e alle stesse manovre di primo soccorso da attuare in caso di arresto cardiaco. In particolare nel Pre-Test le risposte esatte sono state per il 44,9% mentre nel Post-Test si è registrato un importante incremento fino ad arrivare all'80,3%, con picchi fino al 95,9% su alcune domande. Altri dati non trascurabili che emergono dai Post-Test sono lo spiccato interesse dei ragazzi circa il tema del primo soccorso e il loro parere favorevole nell'iniziare già da bambini un addestramento di Basic Life Support, in quanto il 12,8% di loro ha dichiarato di essere già stato testimone di una situazione di emergenza.

CONCLUSIONE

Dati i risultati ottenuti possiamo affermare l'efficacia dell'intervento educativo rivolto ai ragazzi delle suddette scuole, i quali sono stati perfettamente in grado di apprendere nozioni piuttosto specifiche e di stampo extracurricolare. Gli stessi studenti si sono dichiarati favorevoli nel cominciare questo percorso a partire dalla loro età, se non già dalla scuola elementare. Il limite dello studio sta nell'impossibilità di verificare le conoscenze degli stessi ragazzi a distanza di mesi, per questo si evidenzia come sia importante lo svolgimento di questo genere di lezioni con una certa periodicità, volte all'insegnamento di nozioni e manovre salvavita.

12

L'EFFICACIA DELLE ISTRUZIONI PRE-ARRIVO (IPA) FORNITE ALLA POPOLAZIONE NON ADDESTRATA ALLE MANOVRE DI RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE (RCP) E ALL'UTILIZZO DEL DEFIBRILLATORE AUTOMATICO ESTERNO (DAE): UNO STUDIO RANDOMIZZATO CONTROLLATO.

A. Paoli, C. Gregorini, A. Spagna

INTRODUZIONE

L'arresto cardiaco è definito come l'improvvisa e inaspettata perdita della funzione meccanica cardiaca, della respirazione e della coscienza. L'arresto cardiaco (AC) rappresenta una delle cause principali di morte in tutto il mondo. Una grande percentuale di AC avviene al di fuori delle mura ospedaliere (OHCA - Out of Hospital Cardiac Arrest). Le cause principali di un OHCA possono essere distinte in cause asfittiche e non asfittiche; comunemente, un AC non asfittico è dovuto alla perdita dell'attività elettrica cardiaca. La rianimazione cardiopolmonare (RCP), insieme all'uso di un defibrillatore (DAE), sono i pilastri del trattamento per un OHCA. La RCP iniziata dagli astanti aumenta la possibilità di sopravvivenza nelle vittime di AC.

SCOPO, MATERIALI E METODI

L'obiettivo di questo studio è stata la valutazione delle istruzioni riguardanti la RCP e l'utilizzo del DAE, fornite dagli operatori di Centrale Operativa SUEM 118 a soggetti non formati per l'esecuzione di queste manovre. In uno scenario simulato di arresto cardiaco è stata confrontata la qualità della RCP e il successo nell'utilizzo del DAE da parte di soggetti untrained senza fornire alcuna istruzione (gruppo 1: 60 soggetti), o fornendo loro istruzioni telefoniche (gruppo 2: 60 soggetti).

Gli endpoints sono stati la qualità della RCP, con analisi della profondità e della frequenza delle compressioni, il numero totale di compressioni effettuate e la percentuale di tempo dedicato alle compressioni, e il successo nell'utilizzo del DAE, valutando l'accensione del device, il corretto posizionamento degli elettrodi, l'erogazione della scarica elettrica in sicurezza e il tempo impiegato per erogare la prima scarica elettrica.

RISULTATI

L'assistenza telefonica da parte di un operatore della CO SUEM 118 ha aumentato il numero totale di compressioni (104.72±41.14 compressioni nel gruppo 1, 2 197.79±19.20 compressioni nel gruppo 2; $p<0.0001$) e la percentuale di tempo dedicato alle compressioni rispetto al tempo totale (34%±10% nel gruppo 1, 77%±3% nel gruppo 2; $p<0.0001$). Tuttavia, considerando globalmente i risultati ottenuti dal gruppo 1 e dal gruppo 2, la qualità della RCP non ha raggiunto gli standard raccomandati.

Il 78.19% del gruppo 1 e il 100.00% del gruppo 2 hanno acceso il DAE ($p<0.0001$); gli elettrodi sono stati posizionati correttamente dal 60.53% dei soggetti del gruppo 1 e dal 79.31% dei soggetti del gruppo 2 ($p: 0.0001$). L'errore più comunemente commesso dal gruppo 1 è stato la non rimozione della pellicola protettiva dagli elettrodi (53.33%), mentre nel gruppo 2 è stato il posizionamento degli elettrodi in sede sottoclaveare destra e sottocostale sinistra (83.33%). L'85.00% del gruppo 1 e il 98.31% del gruppo 2 hanno erogato lo shock in sicurezza ($p: 0.0165$). Il tempo medio di erogazione del primo shock è stato di 124.71±23.68 secondi nel gruppo 1, e di 142.84±6.84 secondi nel gruppo 2 ($p: 0.0103$).

Nel complesso, il DAE è stato utilizzato correttamente dal 42.86% dei soggetti nel gruppo 1 e dall'85.15% dei soggetti del gruppo 2 ($p<0.0002$).

CONCLUSIONI

La qualità della RCP non ha raggiunto dei livelli di qualità adeguati in entrambi i gruppi, senza nessuna significativa differenza dovuta alla presenza dell'assistenza da parte degli operatori della Centrale Operativa SUEM 118. L'utilizzo di un DAE senza nessuna formazione precedente è stato corretto nel 42.86% dei casi, mentre con l'assistenza telefonica la percentuale di successo è salita all'85.12%. È nostra opinione che sia importante concentrare le attenzioni nell'insegnamento delle tecniche di RCP, perché anche con l'assistenza telefonica la qualità non è accettabile. L'assistenza da parte della CO è stata significativa nel migliorare il corretto utilizzo del DAE.

13

LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLE EMERGENZE PEDIATRICHE - REVISIONE DEI METODI PER LA STIMA DEL PESO CORPOREO DEI BAMBINI

D. Shkoza, A. Fazi, G. Imbriaco

INTRODUZIONE

La gestione di un'emergenza pediatrica rappresenta un evento critico che sottopone gli operatori ad un elevato livello di stress con conseguente aumento della probabilità di errore. Le cause sono riconducibili alla scarsa casistica (10 – 15% delle emergenze), insufficienti formazione e manualità, differenze anatomiche e fisiologiche del bambino rispetto all'adulto, all'ampia variabilità dei presidi ed infine al forte impatto emotivo. Diversi studi dimostrano che la maggior parte degli errori che si presentano durante l'emergenza pediatrica sono errori di terapia, riportando percentuali comprese tra il 13,5% e 31,2%.

La mancanza di dosaggi farmacologici standardizzati e la necessità di eseguire calcoli e proporzioni peso – dipendenti, rendono necessarie una serie di operazioni mentali che sono più soggette ad errore soprattutto considerando che il tempo medio che in Emergenza intercorre tra la prescrizione e la somministrazione del farmaco è di 79 secondi. Errori di conversione mg/ml, l'aumento o diminuzione di un decimale e soprattutto l'errata stima del peso corporeo del bambino influiscono negativamente sugli outcomes con effetti potenzialmente dannosi. Risulta quindi di fondamentale importanza adottare uno strumento affidabile, semplice da utilizzare e che si adatti alle diverse tappe evolutive del bambino, a cui l'operatore possa far riferimento durante la gestione di un'emergenza di questo tipo.



OBIETTIVO

Identificare gli strumenti attualmente disponibili in grado di stimare il peso corporeo del bambino con l'obiettivo di ridurre la percentuale d'errore durante la gestione di un'emergenza pediatrica.

MATERIALI E METODI

È stata condotta una revisione della letteratura attraverso la consultazione delle banche dati online Pubmed e Google Scholar. La ricerca degli articoli scientifici è stata effettuata attraverso l'utilizzo di filtri e parole chiave come Pediatric, Weight, Estimation e Children.

Per la revisione sono stati inclusi 25 studi pubblicati nel periodo Giugno 2009 – Marzo 2019.

RISULTATI

Dalla revisione effettuata è stato possibile individuare 34 diversi metodi e strumenti per la stima del peso corporeo del bambino: formule, nastri e app per smartphone.

Il Broselow tape, lo strumento ad oggi più diffuso ed utilizzato, sfrutta una metodica lenght-based, effettuando la stima attraverso una misurazione della lunghezza testa-talloni del bambino.

Questa tipologia di strumento tuttavia risulta avere un'alta percentuale di errore (stima corretta nel 64% dei casi) in quanto non valutando la conformazione fisica, tende a sovrastimare (12,6% dei casi) o sottostimare (24,9% dei casi) il peso del bambino. In alcuni studi il nastro è inoltre risultato troppo corto (40% dei casi), soprattutto per soggetti con età >10 anni.

Il PAWPER Tape e il Mercy Method invece, tengono in considerazione la conformazione fisica del bambino. Il primo prevede l'assegnazione di un punteggio Habitus Score (HS) da 1 a 5 a seconda dell'habitus corporeo per correggere la prima stima effettuata attraverso la lunghezza testa – talloni, con un'accuratezza dell'85 – 90%. Con il Mercy Method invece, viene valutata la lunghezza omerale e la circonferenza del braccio (accuratezza del 69%).

Lo strumento che mostra una migliore performance (accuratezza >70%) risulta essere il PAWPER XL – MAC method, dove la rilevazione del diametro del braccio (MAC) per correggere la prima stima, rende l'assegnazione del punteggio HS più standardizzata ed oggettiva.

CONCLUSIONE

Tra i vari strumenti per la stima del peso corporeo, il PAWPER XL – MAC method, sfruttando una metodica bidimensionale e introducendo la misurazione di un parametro standard come il MAC, è in grado di fornire una stima del peso corporeo con il minor margine di errore, costituendo un valido ausilio per gli operatori sanitari.

14

LA PRESENZA DEI FAMILIARI DURANTE LA RIANIMAZIONE CARDIO-POLMONARE DALLA PROSPETTIVA DEI SANITARI

M.Monti, G. Prati

INTRODUZIONE

La presenza dei familiari durante la rianimazione cardio-polmonare e altre manovre invasive è stata dibattuta sin dai primi anni '90. Nonostante la presenza dei familiari sia poco accettata nella pratica sanitaria, già a partire dalla metà degli anni '90 molte associazioni professionali americane hanno cominciato a supportare l'idea che sia consentita ai familiari la possibilità di rimanere con i loro cari durante le manovre assistenziali. L'obiettivo di questo studio è di identificare le procedure, le preferenze e le pratiche esistenti fra operatori sanitari dell'emergenza e della terapia intensiva.

METODI

Un totale di 378 operatori, medici e infermieri, ha compilato un questionario di 10 item. Risultati. Fra i partecipanti, gli infermieri rispetto ai

medici tendono a esprimere un maggiore disaccordo circa la presenza dei familiari. Gli operatori della terapia intensiva tendono a esprimere un maggiore disaccordo circa la presenza dei familiari rispetto agli operatori del pronto soccorso e soprattutto fra quelli del 118. Se l'83% dei partecipanti è in disaccordo con la presenza dei familiari durante la rianimazione cardio-polmonare, il 67% dei partecipanti riporta che la presenza dei familiari può essere utile per favorire la collaborazione fra membri della famiglia e dello staff. Complessivamente il 92% dei partecipanti ha riportato di lavorare in unità in cui non vi sono procedure scritte che stabiliscano i termini della presenza dei familiari.

CONCLUSIONI

Si raccomandano interventi di formazione volti a disseminare conoscenze circa gli aspetti relazionali in ambito sanitario e lo sviluppo di procedure scritte che stabiliscano i termini della presenza dei familiari.

Parole chiave: presenza dei familiari, terapia intensiva, famigliari, pronto soccorso, 118.

15

LA RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE SECONDO LE LINEE GUIDA IRC 2015: L'ESPERIENZA DELLA TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA E NEONATALE DELL'HEVI TEACHING HOSPITAL DI DUHOK- KURDISTAN IRACHENO

F. Buzzi, F. Ciceri, R. Fiori, M.R. Calvi, H. A-Atroshi, N. Sulimaan, B. Haija, S. Mohmood, E. Feysal, V. Mohameed, N.Baker

INTRODUZIONE

Il normale bacino di utenza nella Provincia di Duhok era di circa 1,2 milioni di persone, mentre dopo la recente crisi del 2013-2014 (conflitto siriano e ISIS) se ne stimano 2 milioni. La popolazione pediatrica, pari al 40% della popolazione totale, andando a gravare sulle strutture/ servizi presenti nella città di Duhok, tra cui l'Hevi Paediatric Teaching Hospital, unico ospedale di terzo livello della Provincia.

OBIETTIVO

Sviluppare nuove competenze delle equipe medica e infermieristica della Terapia Intensiva Pediatrica e Neonatale e l'adeguata rianimazione cardiopolmonare secondo le Linee Guida IRC 2015.

MATERIALI E METODI

La Terapia Intensiva Pediatrica (Pediatric Intensive Care Unit) precedentemente all'intervento di AISPO (2014) era un locale collocato all'interno del reparto di pediatria composto da 8 posti letto.

La Terapia intensiva Neonatale (Neonatal Intensive Care Unit) invece, non era presente all'interno di questo ospedale.

Sono stati messi a confronto i dati raccolti nel 2016, periodo in cui non era in atto la formazione on the job del personale, con i dati raccolti nel 2017 e nel 2018. L'assistenza tecnica al personale infermieristico e medico per le due terapie intensive è stata parte integrante dei progetti: Support to the Emergency / Critical care Services and Maternal and Child Health in Duhok Governorate to respond to the Syrian Crisis - "The Madad Fund" EU Regional Trust Fund -European Union".

RISULTATI

La PICU attualmente è composta da 6 posti letto con pazienti che presentano per la maggior parte problemi respiratori 40% (polmoniti, broncheoliti etc), cardiaci 20% o neurologici 23%, mentre il 17% viene ricoverato per altre patologie.

Dal 2017 al 2018 sono stati eseguite 20 edizioni del corso Paediatric Basic Life Support and Defibrillation, sono stati formati in totale 15 infermieri e 80 specializzandi e specialisti.

La rianimazione cardiopolmonare che veniva eseguita prima dei corsi era incorretta e secondo vecchie Linee Guida per questi motivi nel 2016 sono stati ammessi 242 pazienti ed è stata eseguita a 48 di questi la rianimazione cardiopolmonare e tutti sono deceduti poco dopo.



Nel 2017 invece, sono stati ammessi nell'Unità Operativa 321 e dopo l'adeguata formazione del personale sono stati rianimati 60 bambini di cui 11 (12%) trasferiti in pediatria.

Nel 2018, i pazienti ammessi sono stati 290 e con il proseguimento dei corsi e del training on the job sono stati rianimati 95 bambini e di questi 19 (20%) sono stati trasferiti in pediatria oppure dimessi al domicilio.

Nel Giugno 2017 è stata aperta una Terapia Intensiva Neonatale con 9 posti letto che assiste neonati prematuri e a termine che vengo ricoverati per: 56% problemi/patologie respiratorie, 6% aspirazione da meconio, 4% patologie cardiache, 2% prematurità, 3% asfissia neonatale, 29% altre problematiche/patologie.

Prima dell'apertura di questa Unità Operativa sono stati eseguiti 2 corsi di Rianimazione Neonatale secondo le Linee Guida IRC 2015.

Nel corso dei due anni sono stati eseguiti in totale 15 corsi e sono stati formati 13 infermieri e 50 specializzandi e specialisti.

Nel 2017 i pazienti ammessi nella NICU sono stati 183, di questi ne sono stati rianimati 36 di cui 4 (10%) trasferiti in pediatria oppure dimessi al domicilio.

Nel 2018 invece, sono stati rianimati 71 neonati e 11 (15%) di questi sono stati trasferiti in pediatria oppure dimessi.

CONCLUSIONI

Il personale sanitario curdo ha sempre lavorato in cooperazione con lo staff internazionale accettando critiche, innovazioni e comprendendo il ruolo centrale dell'assistenza, della rianimazione cardiopolmonare e dell'utilizzo di Linee Guida Internazionali.

16

L'ANALISI DELLA RISPOSTA ASSISTENZIALE IN CASO DI ACC NEL MONDO DELLO SPORT: UN PROGETTO DI MANTENIMENTO DELLA PERFORMANCE

E. Ferrari, D. Martinelli

SCOPO DELLO STUDIO

Lo scopo è quello di far emergere il livello attuale di formazione BLS-D e la conformità delle associazioni sportive (calcio) di Brescia e provincia alla normativa vigente, con particolare riferimento alla applicazione disciplinata dal Decreto Balduzzi.

Metodi utilizzati: la revisione bibliografica ha permesso di fornire un quadro relativo alla dimensione del problema delle morti cardiache improvvise in campo sportivo, alla gestione organizzata dell'ACC sul territorio, nonché alla normativa che disciplina la formazione ed il trattamento in caso di ACC. La ricerca bibliografica è stata condotta dal mese di Ottobre 2018 al mese di Dicembre 2018. Sono stati definiti dei quesiti di background e foreground. a ricerca è stata svolta con l'utilizzo di banche dati (PubMed e Metacrawler) e tramite SBBL (Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo). Per quanto concerne la parte normativa è stata utilizzata la Gazzetta Ufficiale ed il sito del Ministero. La ricerca sul campo è stata determinante per raggiungere lo scopo prefissato. Lo strumento di indagine è stata l'intervista guidata attraverso una griglia di domande elaborata e sviluppata sull'obiettivo proposto.

Sono state formulate 22 domande su 5 gruppi di argomenti:

1. La gestione del personale
2. La gestione della chiamata
3. La gestione delle vie aeree
4. La gestione della ventilazione
5. Il defibrillatore.

Il campione statistico è stato il 2% della totalità delle associazioni sportive del calcio ad 11. ovvero 447 in Brescia e provincia. La tempistica è stata nel periodo compreso tra novembre 2018 e gennaio 2019 per garantire l'assestamento delle stesse Società sportive per la stagione sportiva 2018-2019.

RISULTATI

Gestione del personale: tutte le società garantiscono una persona formata durante l'apertura del Centro Sportivo ed il retraining è svolto ogni 2 anni.

Gestione Chiamata: nessun Centro sportivo ha regolamentato la modalità di chiamata con l'applicazione Where ARE U.

Gestione vie aeree: nessuna società è dotata di presidi di aspirazione, il 75% delle società non è dotata di cannule oro-faringee ma solo per adulti ed il 75 è dotata di guanti monouso.

Gestione della ventilazione: solo il 37% delle società sono dotate di presidio per la ventilazione (pocket-mask); nelle società analizzate il 66% dichiara di avere il pallone di Ambu con bombole di ossigeno che al momento della verifica risultavano vuote. Defibrillatore: il 100% delle società è dotato di DAE, ma solo il 37% è stato addestrato al DAE in uso.

L'87% delle Società controlla il DAE ma la tracciabilità è carente 28% diretta e 43% indiretta quindi difficilmente verificabile. Dai risultati rilevati, si evincono alcune criticità così riassunte:

- Possibile problema infettivo a causa della mancanza di procedura di disinfezione dei presidi di ventilazione
- Possibile inefficacia della fase D a causa di carenza addestramento DAE assegnato
- Possibile inefficacia fase A a causa della mancanza di presidi aspirazione
- Possibile inefficacia procedura per mancanza/carenza tracciabilità controlli.

PROGETTOIMPLEMENTAZIONE

Obiettivo: Creazione di Organizzazioni in grado di garantire il mantenimento di un adeguato livello di risposta all'ACC.

FASI

1. Creare Gruppo di Governo (in seguito definito Gruppo Politico), con funzioni di coordinamento, accreditamento e sanzionatoria in caso di inottemperanza da parte delle Società accreditate.
2. Creare un gruppo Tecnico (costituito da rappresentanti delle Società formatrici ed arbitri) con funzioni di verifica compilazione data base, consulenza alle società sportive, audit.
3. Definizione delle linee di indirizzo: formazione certificata, elenco materiale necessario, standard check-list controllo/monitoraggio
4. Creazione data base: con lo scopo di archivio dati, che rappresenti lo strumento per l'accreditamento delle società
5. Audit: con valore formativo/consultivo ed ispettivo
6. Bonus/ malus: sistemi premianti/sospensioni

17**PIANIFICARE L'ASSISTENZA AD UN PAZIENTE CRITICO UTILIZZANDO UN LINGUAGGIO STANDARDIZZATO:****SIMULAZIONE DI UN CASO CLINICO CON GLI STUDENTI DEL III ANNO DEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA**

D. Messi, A.R. Lampisti, A. Lanari, D. Shkoza, M. Marchetti, M. Mercuri, Università Politecnica delle Marche

INTRODUZIONE

Il piano di Assistenza Infermieristica è il mezzo attraverso il quale l'infermiere progetta e realizza gli interventi che portano alla risoluzione dei problemi che l'assistito manifesta.

Questo avviene mediante l'utilizzo di terminologie infermieristiche standardizzate, che sono strumenti di comunicazione fondamentali per gli infermieri nel supportare la pianificazione, l'erogazione e la valutazione dell'assistenza infermieristica. La pianificazione con l'utilizzo del linguaggio standardizzato rende oggettivabile e condivisibile il lavoro dell'infermiere, favorisce il



lavoro di equipe e riduce il rischio di errore.

In un contesto di Emergenza – Urgenza risulta di fondamentale importanza l'utilizzo della pianificazione assistenziale al fine di valutare e quantificare il lavoro dell'infermiere. Tuttavia, ad oggi questa pratica risulta essere ancora poco utilizzata. All'interno di un ambiente protetto come quello del laboratorio pre-clinico sulla "Gestione del Paziente Critico" (LGPC), programmato durante il III anno di corso del Corso di Laurea in Infermieristica (CdL), è stata applicata la metodologia della pianificazione assistenziale per esplicitare il processo decisionale dell'infermiere durante la gestione di un caso clinico.

OBIETTIVO

Valutare la capacità degli studenti del III anno di corso del CdL di pianificare in maniera efficace l'assistenza infermieristica, utilizzando linguaggio standardizzato.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto presso il CdL in Infermieristica – Canale B, Università Politecnica delle Marche – Sede Ancona.

Sono stati coinvolti 45 studenti, che hanno partecipato al laboratorio LGPC.

Il laboratorio prevedeva una parte di didattica frontale per tutti gli studenti, suddivisi poi in 8 gruppi di massimo 6 studenti, per la simulazione pratica di alcuni casi clinici.

Successivamente in maniera individuale, ogni studente ha pianificato l'assistenza di un ulteriore caso clinico studiato ad hoc, utilizzando il linguaggio standardizzato North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) – Nursing Outcomes Classification (NOC) – Nursing Interventions Classification (NIC).

Per ogni fase Airway (A) – Breathing (B) – Circulation (C) – Disability (D) – Exposure (E) dell'accertamento di emergenza, gli studenti avevano mandato di formulare una diagnosi, un obiettivo e due interventi infermieristici.

RISULTATI

Elaborando i dati attraverso un foglio di calcolo Excel è emerso che oltre il 50% degli studenti è riuscito ad identificare una diagnosi, un obiettivo e due interventi coerenti al caso clinico preso in esame nelle fasi A, B, C ed E. La fase che ha mostrato una maggior percentuale di errori nella scelta della diagnosi (> 60%) ma soprattutto nell'individuazione dell'obiettivo da raggiungere (> 85%) risulta essere la fase D. Di conseguenza, i due interventi scelti per questa fase risultano inadeguati al caso, con percentuale di errore pari al 62,2% e al 53,4%. Assume notevole rilevanza la scelta dei NIC per la fase C, dove il 100% degli studenti è stato in grado di individuare degli interventi adeguati al caso clinico.

CONCLUSIONE

Pianificare l'assistenza infermieristica utilizzando un linguaggio standardizzato permette allo studente di migliorare le sue capacità decisionali e di pensiero critico.

Risulta oggi di fondamentale importanza per l'infermiere riuscire ad applicare la pianificazione assistenziale anche in contesto di Emergenza-Urgenza.

Esercitarsi con la tecnica della simulazione risulta utile per tutti gli studenti del CdL. Le modalità di insegnamento utilizzate in questo studio andrebbero potenziate con particolare attenzione alla pianificazione assistenziale.

18

ROLE OF NON TECHNICAL SKILLS (NTS) IN A SUCCESSFUL MANAGEMENT OF CARDIAC ARREST IN OPERATORY ROOM.

MT. Santantonio, T. Taccheri, PP Giuri, A. Piccolo, M. Biancone, M. Scorzoni, P. Germini, S. Catarci, BA. Zanfini, G. Draisci

Cardiac arrest in operating room (OR) has a different spectrum of causes, almost always witnessed and precipitating causes are often

known. An appropriate evaluation and management of these causes require modification of traditional cardiac arrest algorithm. We reported a case of a 54-years-old female undergoing laparotomic surgery for ovarian recurrent malignancy with involvement of diaphragm, intestine and liver. After induction of anesthesia, two large cannulas in periferal veins, a central venous access in the right internal jugular vein under ultrasound guidance and a 20-gauge arterial line in the radial artery was inserted. A continuous arterial waveform analysis was performed with EV1000 (Edwards® Lifescience) guiding clinicians in fluid and vasopressors infusions. Findings from hemodynamic parameters, following the hepatic and right diaphragmatic phase with a large hemorrhage, a state of hypotension rapidly emerged, which difficultly responded to the administration of crystalloids, colloids and increasing in vasopressors infusions (norepinephrine at first and then also epinephrine). Leading this condition quickly to a Ventricular Fibrillation, the algorithm was immediately applied according to the 2015 ERC guidelines and after a 200J shock followed by 2 minutes of CPR, ROSC was obtained. In this emergency anesthesiologists' staff from other ORs helped in cardiac arrest prompt response. Team leader (senior anesthesiologist) achieved a coordinated division of tasks. The reversible causes of cardiac arrest were examined, in particular hypovolemia and hypertensive pneumothorax. Transfusion of units of concentrated red blood cells (CRBC) and Fresh Frozen Plasma (FFP) was promptly made thanks to 2 members of the team dedicated to communication with blood bank. Despite this therapy, a state of hemodynamic instability persisted. In relation to auscultatory evidence of thoracic asymmetry at right hemithorax, a 14 G cannula needle at the level of the second intercostal space was urgently positioned with subsequent release of blood and air and direct communication with surgeons led to the placement of a thoracic drainage that ensured the recovery of an hemodynamic stability, in adjunction to hepatic packaging. At the end of a 13 hours surgery, 32 units of CRBC, 3 liters (L) of FFP, 15 L of crystalloids, 3 L colloids the patient was transferred to an intensive care unit (ICU) for post-operative monitoring. She gradually regained an optimal hemodynamic state, excluding renal function so continuous renal replacement therapy was started. No signs of poly-transfusion acute respiratory failure were found. 5 days later the patient returned to OR to complete hepatic depackaging. After extubation started a respiratory support therapy with high humidified and heated flows. The patient 8 days after admission had a recovery of an optimal state of consciousness and come back to gynecological ward where she continued dialysis until normal diuresis was restored and 26 days after surgery she was discharged from the hospital. We speculate that the cause of cardiopulmonary arrest was the combination of the hypovolemic state and hypertensive hemothorax. Successful CPR and crisis management was performed thank to an effective use of non technical skills, as 2015 ERC guidelines recommend. In our experience, according to literature, successful management of cardiac arrest during surgery requires not only technical skills but also an institutional safety culture embedded in everyday practice through education, training and multidisciplinary cooperation.

19

TRIAGE INFERMIERISTICO E GESTIONE IN PRONTO SOCCORSO DEI PAZIENTI PEDIATRICI VITTIME DI VIOLENZA

L. Siniscalchi¹, M. Andreucci^{1,2}, V. Simonetti^{1,2}

INTRODUZIONE

Il fenomeno di violenza e maltrattamenti sui minori è una realtà sempre più attuale e si manifesta in molteplici e differenti contesti sociali. Questo non può lasciare indifferenti, in special modo gli operatori sanitari, obbligati a tutelare e a proteggere il soggetto maltrattato. In particolare, il ruolo dell'infermiere che si trova ad intervenire in un dipartimento d'emergenza (DEA), è fondamentale ed occorrono competenza, prontezza e determinazione in circostanze critiche e delicate come quelle relative alla gestione di maltrattamenti minorili. Per queste ragioni, l'applicazione di protocolli e percorsi diagnostico-terapeutici in pronto soccorso per gli accessi pediatrici, risultano essere indispensabili alla corretta gestione di tali situazioni. Lo scopo dello studio è quello di, attraverso una revisione della letteratura, provvedere ad una visione esaustiva del fenomeno, cercando di comprendere quali possono essere gli strumenti di screening a disposizione dei professionisti, per il riconoscimento e la gestione delle vittime di abusi, al fine di giungere alla condivisione di metodi utili al miglioramento qualitativo degli iter diagnostici nelle attività degli operatori emergenziali verso i minori maltrattati.



METODI E STRUMENTI

Nel gennaio 2019 è stata condotta una revisione narrativa della letteratura consultando la banca dati Medline attraverso PubMed, esaminando tutti gli studi pubblicati dal 2000 al 2018, che hanno investigato sulla tematica in oggetto. Sono stati inclusi nella revisione tutti gli articoli (I) in full text; (II) pubblicati in lingua inglese o italiana; (III) che includevano popolazioni di pazienti pediatriche vittime di violenza; (IV) che prendevano in considerazione il ruolo dell'infermiere nel DEA; (V) che si prefiggevano di analizzare gli strumenti di accertamento per identificare le vittime di violenza. La revisione degli studi è stata condotta attraverso un'analisi iniziale dei titoli e degli abstract (135 articoli); una volta identificati gli studi rilevanti sono stati analizzati i testi integrali (10 articoli). Di questi, otto articoli sono stati inclusi nella revisione, poiché rispondenti ai criteri di reclutamento.

RISULTATI

Gli studi inclusi nella revisione sono piuttosto eterogenei, in quanto condotti in setting differenti (Stati Uniti, Australia, Olanda, Irlanda, Corea del Sud e Iran). Tuttavia, emerge una certa omogeneità nell'approccio clinico gestionale, attraverso l'introduzione di diversi strumenti come: l'ESCAPE, lo SPUTOVAMO, la scala di valutazione CARIS e il programma SART, che mirano ad accertare lo stato delle conoscenze degli operatori e a rilevare la storia dei bambini maltrattati in accesso ai DEA. La ricerca ha evidenziato l'utilità di adottare questi strumenti nella propria organizzazione, in affiancamento alle iniziative di programmi educativi per lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze infermieristiche necessarie al processo organizzativo dei DEA per l'individuazione e la presa in carico del minore abusato.

CONCLUSIONI

Dalla sintesi degli studi è emersa la necessità di procedere alla stesura di linee guida universali che possano indirizzare l'infermiere triagista nell'adozione delle migliori pratiche clinico-assistenziali, rivolte ai piccoli pazienti vittime di violenza, secondo logiche univoche ed oggettive. Ad oggi, purtroppo, non si evince sempre un'adeguata preparazione/conoscenza degli infermieri nella gestione di tali situazioni; pertanto, alcuni autori raccomandano la necessità di organizzare corsi formativi specifici.

1. Università Politecnica delle Marche (UNIVPM)
2. Infermiera ASUR Marche AV 5, Tutor Didattico CdL Infermieristica UNIVPM – Ascoli Piceno

20

UN SISTEMA PER SALVARE VITE. AGGIORNAMENTI E PROPOSTE SULLA RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE E LA DEFIBRILLAZIONE PRECOCE IN ITALIA

A. Scapigliati, G. Ristagno, N. Grieco, A. Boccuzzi, S. Scelsi, S. Di Marco, M. Tumolo,
B. Panzarino, S. Copetti, F. Semeraro

INTRODUZIONE

La Rianimazione Cardiopolmonare (RCP) e la Defibrillazione Precoce (DP) tramite Defibrillatori semiautomatici esterni (DAE) da parte di testimoni e astanti in caso di arresto cardiaco extraospedaliero (ACEO) sono ancora rare, influenzando negativamente la sopravvivenza di chi ne è vittima. Abbiamo prodotto un documento ufficiale di aggiornamento con lo scopo di descrivere le possibili cause e proporre interventi che ne riducano l'impatto e aumentino la frequenza di RCP e DP eseguite dagli astanti.

MATERIALI E METODI

Abbiamo effettuato una revisione non sistematica della letteratura individuando gli ostacoli che riducono la RCP e la DP nella comunità. Inoltre è stata effettuata una revisione sistematica della legislazione italiana sul tema ed è stato prodotto un parere legale che ne interpreti le conseguenze.

RISULTATI

Sono stati individuati una serie di ostacoli descritti in letteratura: indisponibilità ad intervenire per mancanza di conoscenze e timori legali, scarsa formazione teorico-pratica, mancanza di dati epidemiologici locali sugli ACEO, inaccessibilità dei DAE o incapacità a localizzarli,

ridotta diffusione dei DAE, mancanza di tecnologie condivise per la localizzazione dei DAE e di potenziali soccorritori, disomogeneità sulle istruzioni pre-arrivo fornite dalla centrale operativa 112/118, mancanza di chiarezza sulle responsabilità legali dei soccorritori occasionali.

DISCUSSIONE

Sulla base di quanto emerso, del quadro legislativo e del parere legale sono stati proposti 10 interventi finalizzati a migliorare ed aumentare l'intervento degli astanti in caso di ACEO.

Per migliorare il numero dei potenziali soccorritori:

1. Sensibilizzazione con campagne locali e nazionali
2. Formazione obbligatoria al primo soccorso a scuola
3. Certificazione BLS/D per i maturandi
4. Formazione per la patente di guida
5. Protezione giuridica per i soccorritori occasionali

Per migliorare la defibrillazione precoce

1. Registri epidemiologici degli arresti
2. Censimento dei DAE sul territorio
3. Applicazione nazionale per reclutare DAE e soccorritori
4. Obbligo di presenza in siti specifici e incentivazione all'acquisto e alla registrazione
5. Istruzioni pre-arrivo da parte delle CO 118.

Queste informazioni, nella forma di un documento ufficiale a cura del Consiglio Direttivo di IRC, sono a disposizione di enti e istituzioni coinvolti nell'organizzazione dei sistemi sanitari di soccorso.

CONCLUSIONI

E' possibile individuare una serie di interventi che riducano gli ostacoli che attualmente impediscono agli astanti di riconoscere e soccorrere una vittima di ACEO. Nel loro insieme, questi interventi possono creare un sistema di risposta più efficace e tempestivo ed aumentare la sopravvivenza con esiti neurologici favorevoli.

21

UNA SURVEY SUL MEDICAL EMERGENCY TEAM IN ITALIA

A. Galazzi¹, N.M. Bonasera Vincenti², M. Brioni¹, I. Adamini¹, G.D. Giusti³, M. Giavedoni¹, T. Mauri^{1,2}, D. Laquintana¹, G. Grasselli^{1,2}

PREMESSA

Il Medical Emergency Team (MET) è stato introdotto in molti ospedali in tutto il mondo e sembra essere associato alla prevenzione di arresti cardiaci e morti inattese, a una riduzione nel numero dei ricoveri in terapia intensiva e della mortalità ospedaliera (1). Per questi motivi, organismi internazionali di certificazione della qualità, come Joint Commission e l'Institute for Healthcare Improvement, sostengono l'introduzione del MET in ogni ospedale (2). Sebbene la sua attuazione sia raccomandata, disponiamo di poche notizie circa la presenza e l'organizzazione del MET negli ospedali del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano (3).

SCOPO

Indagare la presenza del MET e la sua organizzazione negli ospedali del SSN Italiano.

METODI

Nel 2018 abbiamo condotto una survey nazionale, attraverso un questionario online inviato via e-mail ai coordinatori infermieristici e ai referenti MET. Tutti gli ospedali pubblici e privati del SSN dotati di un servizio di anestesia e terapia intensiva sono stati invitati a partecipare.



RISULTATI

Tra i 544 ospedali italiani con un servizio di anestesia e terapia intensiva, 197 (36.2%) hanno risposto al questionario. In tutti gli ospedali è presente un medico che risponde alle chiamate di emergenza intra-ospedaliera, ma un vero MET (medico intensivista e infermiere di area critica) è presente solo nel 59.9% degli ospedali, in particolare nel nord Italia e negli ospedali non universitari (61.5%).

L'attività del MET è iniziata circa 10 anni fa (51.7%) e nella maggior parte degli ospedali il servizio è disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7 (84.8%). La formazione minima dei membri del team è la specializzazione in anestesia e terapia intensiva (100%) per i medici, mentre i criteri più comuni per gli infermieri sono l'esperienza lavorativa in area critica (70.3%), oltre a corsi a gestione interna (21.2%). Gli infermieri del MET appartengono all'unità operativa di terapia intensiva (83.1%) o al pronto soccorso (21.2%). Sfortunatamente, il medico e l'infermiere non sono dedicati al MET (rispettivamente 67.8% e 69.5%), in particolare negli ospedali non universitari. La scala Modified Early Warning Score (MEWS) è utilizzata nel 22.9%, mentre nel 34.8% degli ospedali non sono utilizzati score per il precoce allertamento del MET.

CONCLUSIONI

Lo studio ha evidenziato che il MET negli ospedali del SSN italiano appare strutturato e consolidato in alcune realtà, mentre in altre è totalmente assente o privo di alcune peculiarità fondamentali di un sistema di emergenza intra-ospedaliera.

BIBLIOGRAFIA

- Hamsen U, et al. Unfallchirurg 2018
- Silva R, et al. SJTREM 2016
- Savoia G, et al. Minerva Anestesiol 2007

1. Fondazione I.R.C.C.S. Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, Italy
2. Università degli Studi di Milano, Milano, Italy
3. A.O.U. Ospedale di Perugia, Perugia, Italy

22

VALUTAZIONE DELLE ABILITÀ BLSD (A SEI MESI) NEGLI STUDENTI DI INFERMIERISTICA DELL'UNIVPM

T. Campanelli, S. Magi, E. Vichi

L'arresto cardiorespiratorio è una delle principali cause di morte nel mondo occidentale. Un'assistenza tempestiva con una buona qualità in termini di rianimazione cardiopolmonare (CPR) e l'uso di un defibrillatore semiautomatico (DAE) possono aumentare la percentuale di sopravvivenza dopo questo evento. Ecco perché anche nel corso di laurea in infermieristica dell'UNIVPM è stata effettuata la formazione degli studenti del terzo anno di corso. Questo lavoro vuole valutare la ritenzione delle competenze da parte degli studenti di infermieristica all'interno del Polo Didattico di Pesaro; nel mese di ottobre 2018 è stato effettuato il BLSD certificato Italian Resuscitation Council (IRC) e nel mese di aprile 2019 sono stati invitati gli stessi studenti a ripetere la sequenza di uno scenario BLSD.

Gli studenti certificati sono stati n. 50, tutti hanno superato il corso al primo skill; alla valutazione a 6 mesi hanno partecipato 48 studenti (corrispondente al 96% del totale).

Per quanto riguarda le abilità BLS nella prova di valutazione erano emersi alcuni problemi (giallo) relativi all'attivazione corretta del DAE (il 14% non lo aveva attivato correttamente nella sequenza), mentre a sei mesi questa percentuale passa al 21%, ritardando quindi l'utilizzo del defibrillatore. Nella valutazione a sei mesi inoltre sono state evidenziate carenze nel posizionamento della mani per effettuare una corretta RCP dove si passa dal 2% della prima rilevazione al 16% della seconda; per quanto riguarda la profondità delle compressioni toraciche si passa dal 2% al 23% di inefficacia; anche la frequenza di compressione è passata dal 2% al 27% in termini di inefficacia.

Permangono invece valide le competenze relative alla capacità ventilatorie degli studenti.

Per quanto riguarda le abilità DP hanno subito un notevole calo: il posizionamento degli elettrodi si passa da un 6% di posizionamento giallo ad

un 31% di inadeguatezza delle piastre; ancora peggiori sono i dati relativi alla sicurezza in quanto si passa da un 2% al 58% di studenti che non garantiscono in modo adeguato la sicurezza.

A sei mesi, i punteggi delle abilità sono significativamente inferiori rispetto alle valutazioni di fine corso e questo viene anche dimostrato dallo studio del 2018 (Castillo J, Nurse Educ Today. 2018 Jun;65:232-238.), in cui emergeva che a distanza di sei mesi c'era un calo delle competenze sia nella formazione in presenza che in quella blended. Un altro lavoro (Hernández-Padilla JM, Resuscitation. 2015 Aug;93:27-34.) ha messo a confronto le abilità in termini di ritenzione a 3 mesi, e dimostra chiaramente che le percentuali di successo degli studenti sono peggiorate significativamente per tutte le variabili, tranne che per le compressioni toraciche e per la corretta posizione della mano. Si può concludere affermando che c'è stata una perdita di abilità tra gli studenti del terzo anno di infermieristica, questo probabilmente va ricercato nel fatto che durante il tirocinio gli studenti assistono raramente ad una rianimazione cardio polmonare ed altrettanto difficilmente si cimentano in tali manovre, per cui le competenze acquisite vengono facilmente deteriorate.

23

"WHERE ARE U" UN'APPLICAZIONE AL SERVIZIO DELL'EMERGENZA

V. Scotto

La diffusione e l'utilizzo di un'applicazione possono migliorare la gestione dell'emergenza?

Ricerca dati e analisi statistica presso il NUE (Numero Unico Emergenza) di Genova. Al momento non sono ancora nella nostra disponibilità i dati di altre centrali regionali NUE.

TESI DI TIPO COMPILATIVA

L'importanza di localizzare correttamente e nel minor tempo possibile il luogo dell'emergenza, ha portato allo sviluppo di un'applicazione dedicata. Oggi ci troviamo ad affermare che l'utilizzo di questo semplice software, qualora utilizzato correttamente riduce in maniera sensibile i tempi dell'intervista, con un margine di errore, rispetto alla localizzazione, inferiore ai 6 metri.

Nel nostro lavoro, presenteremo alcune diapositive relative alle differenti modalità di chiamata:

- Telefonata da numero fisso
- Telefonata da cellulare senza l'uso dell'app
- Telefonata da cellulare con uso corretto dell'app.

Ulteriori approfondimenti dedicati a:

- Sviluppo dei differenti protocolli nelle casistiche sopraelencate
- Alcuni vantaggi per le CO118 (Centrali Operative 118)
- Difficoltà e resistenze nella diffusione dello strumento in analisi.

Nonostante un costante impegno a diffondere l'esistenza e l'uso dell'applicazione in oggetto, si riscontra una resistenza a installare la stessa per un'errata percezione rispetto alla privacy.

Un'ulteriore difficoltà nasce dall'uso inappropriato dell'applicazione con la mancata geolocalizzazione.

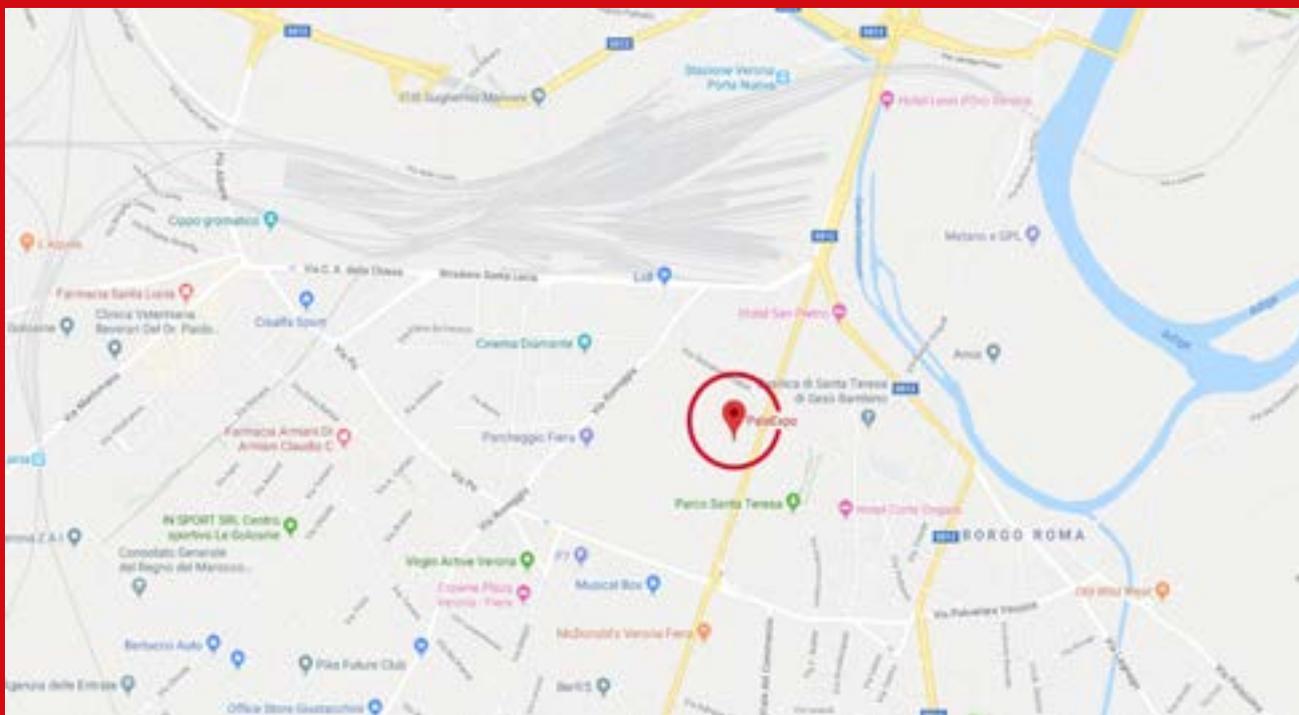
Ciononostante qualora utilizzata correttamente i risultati sono davvero incoraggianti e portano gli operatori, ogni qualvolta ne sia data la possibilità, a proporre l'applicazione nella sua completezza.



INFORMAZIONI GENERALI

COME RAGGIUNGERCI

CONGRESSO NAZIONALE IRC 2019
Palaexpo, Veronafiere, a Verona, viale del Lavoro, 8 Verona.





IN AUTO:

- **DALL'AUTOSTRADA A22:** uscire a Verona Nord, percorrere la Tangenziale Sud in direzione Vicenza e dirigersi verso Verona, uscita n.6 Alpo, seguire le indicazioni per "Fiera"; distanza: 7 Km.
- **DALL'AUTOSTRADA A4:** uscita Verona Sud, seguire le indicazioni per "Fiera"; distanza: 1 Km.

IN AEREO: L'**Aeroporto Valerio Catullo** è il più vicino a Veronafiere e collega giornalmente Verona con le principali città italiane e straniere.

Come raggiungere **Veronafiere** dall'**aeroporto Valerio Catullo**:

- **AUTO:** Dall'aeroporto prendere la tangenziale in direzione Villafranca, seguire la direzione verso il casello di Verona Sud e le indicazioni "Fiera". Tempo di percorrenza circa 10 min.
- **BUS-NAVETTA:** Durante i giorni di manifestazione è attivo il servizio navetta Fiera-Aeroporto via Stazione Ferroviaria; negli altri giorni è necessario raggiungere l'aeroporto in autonomia (l'aeroporto è collegato alla stazione ferroviaria di Verona da un servizio giornaliero di Navetta/Aerobus disponibile ogni 20 minuti).

IN TRENO: La stazione ferroviaria principale è quella di **Verona Porta Nuova**, raggiungibile da Veronafiere in *pochi minuti* sia con l'autobus che con il taxi.
Le linee **21-22-61** collegano la stazione con Veronafiere.

IN TAXI:

- Centralino Radiotaxi +39 045 532666 (n.15 linee telefoniche), H24 anche festivi.
- Sito web Radio taxi Verona: www.radiotaxiverona.it

PARCHEGGIO: Parcheggio gratuito Veronafiere ingresso **Viale del Lavoro 8**, con 400 posti a disposizione dei partecipanti al **Congresso Nazionale IRC 2019**.
Per potervi accedere è necessario esibire il biglietto del congresso all'ingresso del parcheggio.

AZIENDE ESPOSITRICI

La Segreteria Scientifica e la Segreteria Organizzativa ringraziano le aziende partecipanti per il prezioso supporto al Congresso Nazionale IRC 2019



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



IRC EDU Srl, Via della Croce Coperta 11, 40128, Bologna
Telefono: 051/4187643 - Fax 051/4189693
E-Mail: congressi@ircouncil.it



IRC

Via della Croce Coperta, 11 - 40128 Bologna
Tel. **051.4187643** | Fax. **051.4189693**
@: info@ircouncil.it

www.ircouncil.it