



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

Gestione degli accessi venosi centrali e sviluppo delle
competenze infermieristiche-
Progettazione di un evento formativo

Relatore:

ANDREA TOCCACELI

Tesi di Laurea di:

GIULIA FERRACUTI

A.A. 2019/2020

A mio padre, in ogni istante nel mio cuore.

Indice

ABSTRACT

INTRODUZIONE.....	I
CAPITOLO 1: ECM E MODALITA' FORMATIVE.....	1
CAPITOLO 2: AUDIT CLINICO.....	4
1.0 OBIETTIVI PRINCIPALI.....	9
1.1 OBIETTIVI SPECIFICI.....	9
1.2 MATERIALI E METODI:.....	9
1.2.1 DISEGNO DI STUDIO:.....	11
1.2.2 SETTING:.....	11
1.2.3 VARIABILI OSSERVATE.....	11
1.2.4 POPOLAZIONE:.....	11
1.3 CAMPIONE E CAMPIONAMENTO:.....	11
1.3.1 ANALISI STATISTICA:.....	12
1.3.2 STRUMENTI:.....	12
1.4 RISULTATI:.....	13
1.5 DISCUSSIONE:.....	35
1.5.1 LIMITI DELLO STUDIO.....	39
1.6 CONCLUSIONE:.....	39

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

ABSTRACT

Gli accessi venosi centrali (CVAD) vengono inseriti per fornire un'ampia gamma di terapie intravenose. Sebbene siano stati fatti progressi per ridurre le infezioni del flusso sanguigno (CRBSI) durante il posizionamento dei dispositivi, il rischio di complicanze è rimasto evidente. Queste sono prevalentemente causate dall'agire del personale sanitario, che spesso, dimentica o non applica correttamente le raccomandazioni per la prevenzione delle infezioni. Per ridurre la morbilità e la mortalità, i professionisti devono essere ben educati su potenziali complicazioni e le strategie necessarie per ridurle. La CDC suggerisce che l'implementazione di programmi di formazione possono diminuire le infezioni acquisite in ospedale. La decisione di effettuare questo elaborato è nata dall'idea di indagare le modalità per poter ridurre la morbilità e la mortalità nei pazienti portatori di CVAD, studiando come i professionisti che gestiscono questi dispositivi siano informati sulle potenziali complicanze e le strategie necessarie per ridurle.

Obiettivo

Analizzare l'applicazione dell'Evidence Based Practise nella gestione dei CVAD da parte degli infermieri a seguito di specifici training formativi, verificando se coloro che svolgono formazione specifica all'interno della propria SOD, abbiano un'acquisizione di competenze avanzate, rispetto a coloro che non partecipano ad alcuni training e progettazione di un evento formativo ECM- FSC (audit).

Metodi

È stato condotto uno studio osservazionale di tipo retrospettivo. Lo studio è stato svolto presso l'Azienda "Ospedali Riuniti" di Ancona. Nell'anno accademico (a.a) 2018/2019 è stata seguita l'effettuazione di eventi ECM di tutoraggio tenuti dalla PICC Unit rivolti agli infermieri del Dipartimento di Medicina Interna. È stato utilizzato un campionamento non probabilistico con strategia di convenienza. Per indagare la compliance al corso sono stati distribuiti dei questionari ad ogni SOD che ha partecipato agli eventi formativi per un totale di 360 questionari, da luglio a settembre 2019. I dati sono stati analizzati utilizzando le metodiche della statistica descrittiva ed inferenziale. Alla luce dei risultati emersi, nell' a.a 2019/2020 è stato ideato un corso

ECM diretto agli infermieri delle SOD i cui i risultati del questionario somministrato l'anno precedente fornivano il migliore e il peggior esito riguardo la gestione degli accessi venosi (clinica ematologica e chirurgica generale). La tipologia di corso ECM organizzato è la formazione sul campo (FSC), tramite gruppi di miglioramento di audit.

Risultati

Lo studio è stato eseguito da luglio a settembre 2019, su un campione di 83 soggetti. I risultati dimostrano che la formazione ha avuto esito positivo nei gruppi osservati ma non possono essere generalizzati all'intera popolazione che ha frequentato i corsi di formazione, in quanto statisticamente non significativi. La correttezza delle risposte date al questionario varia a seconda del setting in cui gli infermieri lavorano. L'attività di audit articolata nell' a.a 2019/2020 è stata definita nel format prodotto.

Discussione

Dai risultati emerge che, coloro che hanno partecipato allo studio, non hanno maggiori conoscenze e maggiori competenze nella gestione, cura e monitoraggio dei CVAD. Risulta inoltre essere rilevante l'appartenenza a specifiche SOD. Per quanto riguarda le percentuali di risposte esatte è possibile osservare come i reparti che fanno un uso più frequente di CVAD siano più informati e aggiornati rispetto a quelli in cui la frequenza risulta inferiore. È stato ideato un evento formativo formazione sul campo (FSC) di audit in cui gli infermieri riflettessero sulla pratica clinica.

Conclusione

Il corso si è dimostrato essere inefficace sull'apprendimento in quanto, non ci sono stati significativi cambiamenti e miglioramenti delle conoscenze. È stata così progettata a delineata una modalità FSC di audit per studiare l'efficace cambiamento e miglioramento del comportamento nella gestione degli AVC.

Parole chiave: accessi venosi centrali, formazione, educazione continua in medicina, clinical audit

INTRODUZIONE

Gli accessi venosi centrali (CVAD) vengono inseriti per fornire un'ampia gamma di terapie intravenose: dalla somministrazione a medio/lungo termine della nutrizione parenterale all'infusione acuta di farmaci vescicanti per pazienti in condizioni critiche, e la somministrazione prolungata di terapie antitumorali. I pazienti che richiedono questi trattamenti sono spesso anziani, molto giovani o hanno condizioni di salute croniche. [1,2]

Il tasso di complicanze della puntura venosa centrale è stimato al 15%. Le complicanze correlate a questa procedura sono divise in meccaniche e infettive. [3] Complicazioni come le infezioni del sangue potenzialmente fatali legate al catetere (CRBSI), la flebite chimica o meccanica e la trombosi venosa correlata al catetere sono ampiamente riconosciute. [4]

L'aderenza alle raccomandazioni delle migliori pratiche è fondamentale per minimizzare le complicanze legate alla manutenzione degli CVAD come infezioni catetere-correlate, dislocazione del catetere e trombosi. Una vasta gamma di linee guida basate sulle evidenze internazionali sono disponibili per dirigere la cura degli CVAD nel tentativo di prevenire le complicanze.

Il tasso di mortalità attribuibile per l'infezione nosocomiale del sangue è stato stimato pari al 25%. Le infezioni del flusso sanguigno impongono anche un importante onere finanziario associato al prolungamento dell'ospedalizzazione e al notevole costo aggiuntivo dell'assistenza sanitaria, ma le conseguenze economiche del CRBSI sono raramente studiate. [5,6,7]

Sebbene siano stati fatti grandi progressi per ridurre le infezioni del flusso sanguigno (CRBSI) durante il posizionamento di questi dispositivi, il rischio di complicanze associate alla cura e all'uso dei CVAD è rimasto evidente e pazienti immunodepressi (anziani, pazienti oncologici, ecc.) hanno un aumentato rischio di CRBSI a causa della chemioterapia e dell'uso di corticosteroidi. [8]

Queste sono prevalentemente causate dall'agire del personale sanitario, che molto spesso, dimentica o non applica correttamente le principali raccomandazioni per la prevenzione delle infezioni. I programmi di formazione, infatti, dovrebbero essere

focalizzati non solo sui contenuti di apprendimento, ma anche sull'importanza di applicare le raccomandazioni per il paziente (es. Prevenzione delle flebiti, disagio, costi aggiuntivi e aumento della durata della degenza).^[6]

La CRBSI aumenta la durata del soggiorno dei pazienti in ospedale e il loro rischio di complicazioni di salute e morte, e ha imposto un onere ai servizi sanitari in termini di occupazione del letto e costi aggiuntivi per la gestione di queste infezioni e delle loro complicanze. I costi annuali per il SSN relativi alla CRBSI nelle unità di terapia intensiva sono stati stimati a £ 19,1- 36,2 milioni. Si ritiene che la maggior parte delle CRBSI siano prevenibili utilizzando interventi educativi basati sull'evidenza per garantire che il personale sanitario sia impegnato in una cultura della sicurezza e segua le migliori pratiche per raggiungere questo obiettivo.^[9]

Le flebiti sono principalmente influenzate da una serie di fattori come il materiale del catetere, sito di inserzione, tempo di permanenza del catetere, sostituzione del set di somministrazione, tipo di infusione e dalle condizioni di rischio del paziente. Il rispetto delle linee guida internazionali per la prevenzione delle infezioni correlate al catetere intravascolare è estremamente importante per migliorare i risultati dei pazienti, ridurre i costi sanitari^[10], supportare le decisioni cliniche^[11] e ridurre gli eventi avversi^[12]. Purtroppo, non sono sempre osservate dagli operatori sanitari^[6, 13]

Per ridurre la morbilità e la mortalità, i professionisti che gestiscono questi dispositivi devono essere ben educati su potenziali complicazioni e le strategie necessarie per ridurle.^[14]

L'apprendimento è l'aggiunta di nuove conoscenze ed esperienze, interpretato alla luce delle conoscenze e dell'esperienze passate. L'insegnamento e l'apprendimento sono parte integrante dell'assistenza infermieristica. Gli infermieri hanno la responsabilità di educare i pazienti in relazione a vari aspetti e di tenersi aggiornati. Varie strategie di insegnamento sono utilizzate per aumentare il know-how, come conferenze, dimostrazioni, discussioni e autoeducazione.^[14]

Pertanto, per ottenere una gestione efficace della somministrazione di chemioterapia per via endovenosa, per prevenire complicazioni e per prolungare la durata dei cateteri, gli

infermieri dovrebbero avere conoscenze adeguate sul campo e dovrebbero fare riferimento a raccomandazioni e linee guida basate sulle evidenze nelle loro pratiche.

Sebbene i migliori tentativi di ridurre le infezioni correlate al catetere non siano ancora chiari, la CDC suggerisce che l'implementazione di educazione e di programmi di formazione per gli operatori sanitari possono influenzare positivamente sulla prevenzione delle infezioni acquisite in ospedale. ^[10,15]

La decisione di effettuare questo elaborato è nata dall'idea di indagare quelle che sono le modalità più efficaci ed efficienti per poter ridurre la morbilità e la mortalità nei pazienti portatori di catetere venoso centrale e più specificamente dei PICC (Peripherally Inserted Central Catheters), studiando come i professionisti che gestiscono questi dispositivi siano informati sulle potenziali complicanze e le strategie necessarie per ridurle.

CAPITOLO 1: ECM E MODALITA' FORMATIVE

La formazione continua in medicina (ECM) è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario e al proprio sviluppo professionale. Essa comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta. La formazione continua dei professionisti sanitari è espressione del valore fondamentale della tutela della salute. Obiettivo della formazione continua è l'attivazione, il miglioramento, il sostegno e il consolidamento di processi di apprendimento adulto. Il compito fondamentale è dunque quello di essere di supporto alle organizzazioni e ai professionisti nei luoghi di lavoro, perché sviluppino e siano in grado di costruire, ricostruire e rielaborare il proprio ruolo e la propria funzione, e di dare risposte competenti e coerenti con l'evoluzione dei bisogni sanitari e con il progresso scientifico e tecnologico. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce, ai sensi dell'art. 16-quater del D. Lgs. n. 502 del 1992, requisito indispensabile per svolgere attività professionale in qualità di dipendente o libero professionista. Destinatari della Formazione Continua ECM quindi, sono tutti gli operatori sanitari che operano nell'ambito della tutela della salute individuale e collettiva, indipendentemente dalle modalità di esercizio dell'attività. L'individuazione dei destinatari si colloca all'interno del processo di programmazione formativa ed è subordinata all'analisi del fabbisogno e all'individuazione degli obiettivi formativi. Le attività formative devono essere programmate e realizzate tenendo conto degli obiettivi formativi previsti come prioritari nel Programma nazionale E.C.M. e i contenuti formativi devono essere scientificamente aggiornati, equilibrati, basati sull'evidenza scientifica. Nella pianificazione e nella progettazione dell'evento, il provider (nazionale e regionale) deve individuare gli obiettivi formativi perseguiti selezionandoli da un elenco nazionale e regionale. ^[16]

Le tipologie formative previste dalla normativa ^[17] che possono essere accreditate dai provider (nazionali e regionali) sono la formazione residenziale, la formazione sul campo, la FAD e la blended.

- a) La formazione residenziale (FR) è l'attività in cui uno, o più docenti, si rivolgono a molti discenti e il livello di interattività è limitato alla possibilità di fare domande e partecipare alla discussione. Si verificano in genere durante convegni, congressi, simposi, seminari, tavole rotonde, conferenze, etc. La formazione residenziale interattiva è quell'attività in cui i partecipanti svolgono un ruolo attivo e il livello di interazione tra loro e con i docenti è ampio. Si realizza in genere attraverso lavori di gruppo, esercitazioni, role playing, simulazioni, etc. Si svolge in sedi appropriate per la didattica, eventualmente attrezzate ad hoc. Per garantire un'adeguata partecipazione è necessario che il numero dei discenti sia limitato.
- b) La formazione sul campo (FSC) è quell'attività formativa in cui vengono utilizzati direttamente per l'apprendimento i contesti, le occasioni di lavoro e le competenze degli operatori impegnati nelle attività assistenziali. Questa modalità di formazione offre la massima possibilità di essere legata a specifiche esigenze di sviluppo dei servizi e di miglioramento dei processi assistenziali, favorendo l'apprendimento di competenze professionali e di comportamenti organizzativi. L'apprendimento che ha luogo attraverso la formazione sul campo è infatti caratterizzato nella maggior parte dei casi da un confronto tra pari che si traduce in una responsabilizzazione verso i contenuti acquisiti per la possibilità di applicarli direttamente nel proprio contesto organizzativo. Può essere prevista tuttavia la figura di un coordinatore/responsabile scientifico con funzione di supervisore tecnico esterno o di "docente" esperto. Sono compresi nel FSC le seguenti tipologie accreditabili: training individualizzato, gruppi di miglioramento/studio/lavoro, audit, PDTA e attività di ricerca. Queste tipologie di formazione necessitano di percorsi di apprendimento e non di momenti formativi episodici, per questo hanno una durata minima di ore e incontri. I crediti ECM vengono attestati dal provider ai partecipanti le attività formative, accertata la presenza, il superamento della prova di apprendimento e la qualità percepita anche rispetto ad eventuali interessi commerciali in ambito sanitario durante l'erogazione dell'evento. Non è consentito ai provider riconoscere crediti per l'autoformazione. ^[17]

La formazione sul campo si caratterizza per l'utilizzo, nel processo di apprendimento, del contesto lavorativo sociosanitario, delle competenze dei professionisti impegnati nelle attività cliniche e assistenziali e delle occasioni di lavoro nelle organizzazioni. ^[19]

In altri termini l'esigenza formativa che scaturisce dal contesto lavorativo deve essere attuata all'interno dell'attività lavorativa stessa, allo scopo di garantire non solo l'innalzamento della specifica professionalità, ma anche l'aumento delle capacità di ognuno di lavorare e di rapportarsi all'interno della propria organizzazione, di migliorare le competenze dei professionisti, la qualità e sicurezza dell'assistenza. La formazione ECM deve poi rispondere a specifici obiettivi formativi stabiliti nelle commissioni nazionali ECM ed integrati nelle direttive Regionali. ^[19]

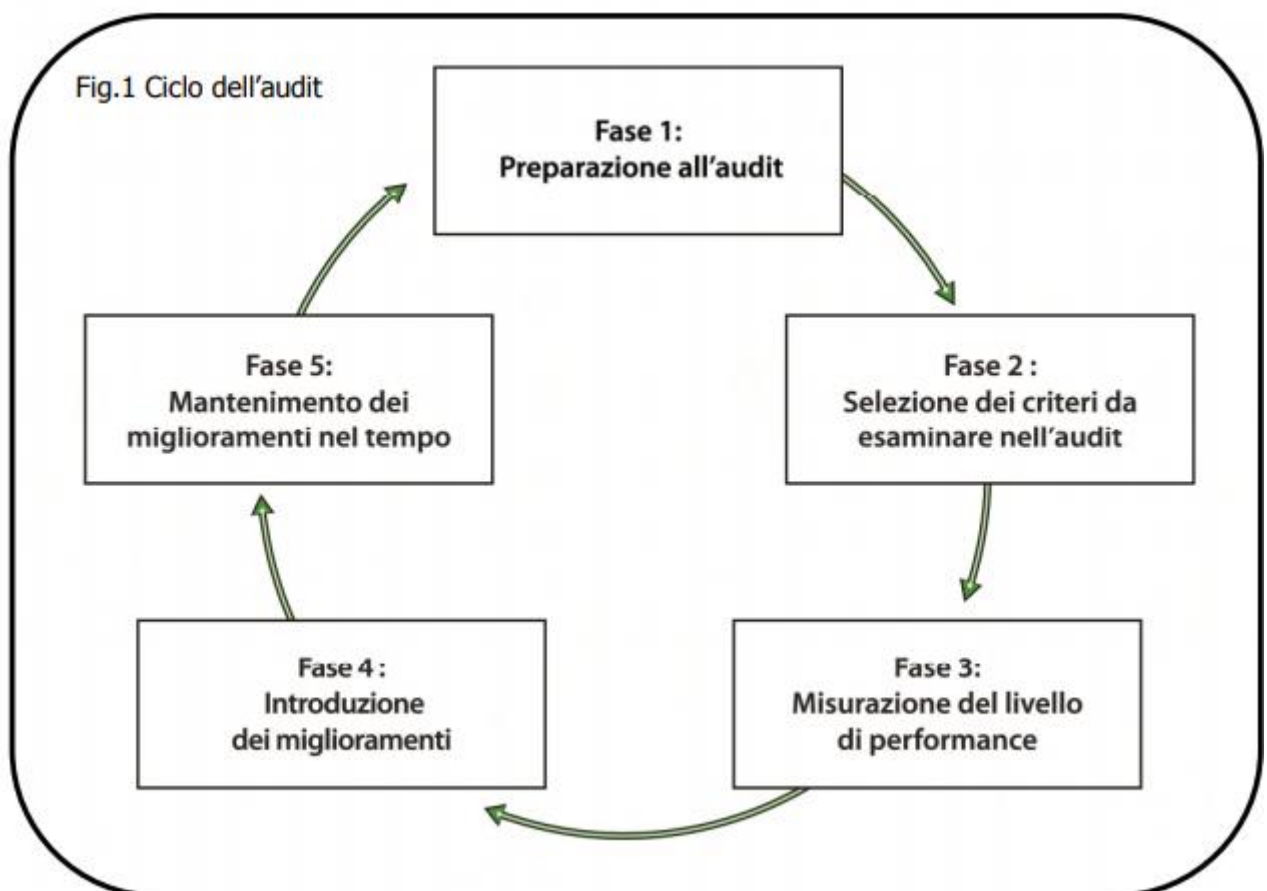
CAPITOLO 2: AUDIT CLINICO

L'Audit Clinico, uno degli strumenti principali nella strategia del Governo Clinico, è un processo ciclico di miglioramento della qualità delle cure il quale si basa sulla revisione sistematica della documentazione clinica. L'obiettivo è di garantire che i pazienti possano ricevere la migliore assistenza sanitaria possibile responsabilizzando la leadership delle aziende sanitarie a superare la dissociazione che esiste tra le componenti gestionali amministrativa e clinica (clinical audit in practise). L'impegno è di sostenere anche la formazione continua, l'efficacia clinica, la gestione del rischio, la ricerca e sviluppo, la trasparenza che sono le altre componenti fondamentali della Clinical Governance. L'impiego dell'audit è ampiamente utilizzato come strategia per migliorare la pratica professionale del singolo professionista o come componente di molteplici interventi di miglioramento della qualità. Ciò si basa sulla convinzione che gli operatori sanitari siano spinti a modificare la loro pratica quando viene fornito un feedback sulle prestazioni che mostra che la loro pratica clinica non è coerente con un target desiderabile. Vi sono evidenze discordanti sul fatto che l'audit funzioni. La barriera più frequentemente citata, che impedisce il successo di un audit clinico, è il fatto che le organizzazioni sanitarie non avevano previsto del tempo dedicato e sufficiente a garantire la partecipazione all'audit dei team di operatori sanitari. L'audit clinico è una metodologia che si focalizza su specifici problemi clinico/assistenziali o su aspetti della pratica corrente che vengono valutati in termini di struttura, processo o esito. Ciò che lo connota è la competenza clinico-assistenziale dei partecipanti, la confidenzialità dei risultati e l'esplicito interesse al miglioramento della qualità delle cure. La sua principale caratteristica è quella di fondarsi sul confronto e la misurazione delle pratiche professionali con standard di riferimento. Tale concetto è sempre più accolto nel mondo sanitario, infatti gli operatori sanitari, frequentemente richiedono di avere riferimenti precisi per fornire cure appropriate, ed i pazienti, più e meglio informati, richiedono una qualità dell'assistenza adeguata rispetto alle conoscenze scientifiche. Le motivazioni che giustificano l'attivazione di un audit clinico possono essere numerose: reclami dei pazienti, occorrenza di eventi avversi, performance con esiti inadeguati, pubblicazione di nuove linee guida; tuttavia la "scommessa" è che in futuro maturi tra i professionisti la consapevolezza che l'audit sia parte insostituibile

della pratica professionale. Il successo dell'audit clinico dipende da una progettazione accurata e tecnicamente rigorosa, dal coinvolgimento di tutte le parti interessate, compresa la direzione strategica e da una adeguata e capillare diffusione dei risultati e delle azioni di miglioramento individuate, al fine di promuovere la crescita professionale ed il trasferimento delle esperienze. ^[18,20]

L'audit clinico è parte del governo clinico, il cui obiettivo è di assicurare che i pazienti ricevano la migliore qualità delle cure. L'audit può includere la valutazione dei seguenti fattori:

- la struttura che eroga le cure (per esempio, risorse quali la presenza di una stroke unit dedicata),
- il processo assistenziale (per esempio, i tempi di attesa negli ambulatori),
- l'esito (outcome) delle cure (per esempio, la riduzione della pressione arteriosa in risposta alla terapia). Inoltre, l'audit deve essere trasparente. Non deve essere fonte di conflitti, né esprimere giudizi. L'obiettivo non è quello di individuare un colpevole da



far vergognare e biasimare. Poiché l'audit fa parte del governo clinico, per valutare se i pazienti stiano ricevendo la migliore qualità delle cure è essenziale misurare la pratica assistenziale, per sapere quando deve essere modificata. L'audit offre il migliore strumento disponibile per raggiungere questo obiettivo. L'audit clinico può essere descritto come un processo sistematico ciclico o a spirale (Fig. 1) con l'obiettivo finale di migliorare l'assistenza erogata. L'immagine della spirale suggerisce che con la continuazione del processo ciascun ciclo aspira a un livello di qualità più elevato. ^[20]

La fase I del ciclo dell'audit clinico riguarda la preparazione (pianificazione) dell'audit clinico. Una preparazione accurata è fondamentale per il successo dell'audit clinico in quanto determina la piena efficacia della fase operativa. Per procedere all'organizzazione e allo svolgimento di un audit è fondamentale scegliere il tema che sarà oggetto di discussione ed approfondimento. L'audit clinico può valutare aspetti relativi a:

- a) struttura e risorse (es. personale sanitario, logistica, apparecchiature, dispositivi).
- b) processi (es. documentazione clinica, appropriatezza e applicazione delle procedure clinico assistenziali, organizzazione dei processi clinici)
- c) esiti (es. infezioni ospedaliere, soddisfazione dei pazienti, mortalità, riammissioni in ospedale non programmate).

La scelta del tema è vincolata alla presenza di standard di riferimento, di dati affidabili e accessibili e alla possibilità di sviluppare interventi di miglioramento.

In fase di preparazione dell'audit, una volta scelto il tema, deve essere costituito il gruppo di lavoro. Infatti, la buona conduzione dell'audit e del relativo piano di miglioramento richiede un lavoro di squadra e diversi tipi di "giocatori". Nel contesto del gruppo di lavoro devono essere definiti i ruoli e la distribuzione dei compiti; la posizione di ciascuno può essere diversa dal ruolo professionale di solito ricoperto e devono essere evitate relazioni di tipo gerarchico.

Per la buona riuscita dell'audit clinico è molto importante la figura del Leader. Deve essere un professionista con conoscenza del metodo ed esperienza nella gestione di audit clinici, in grado di guidare il cambiamento e con buone capacità di comunicazione.

I professionisti hanno molti motivi per partecipare e contribuire attivamente all'audit clinico poiché questo offre l'opportunità per migliorare la cura dei pazienti e contribuisce alla formazione. In particolare è uno strumento importante per i giovani professionisti poiché consente una visione dell'assistenza nella prospettiva della qualità, fornisce l'opportunità di lavorare in un gruppo multidisciplinare e forma al lavoro di gruppo. L'audit clinico deve divenire, quindi, un fattore significativo e positivo della formazione e dell'aggiornamento professionale.

La seconda fase è l'attuazione dell'audit clinico nel quale il gruppo con l'aiuto del Leader individua l'obiettivo generale; a tal fine il gruppo, in base al tema, deve individuare gli obiettivi specifici. Una volta definiti, gli obiettivi devono diventare il focus dell'attività. Successivamente si analizza l'esistente, ovvero si focalizza l'attenzione del gruppo sulla raccolta, rispetto al tema dell'audit clinico, delle prassi in uso, derivanti da consuetudini (es. cultura del servizio o della struttura) e della documentazione esistente (es. procedure, protocolli, schede, moduli per la segnalazione eventi). Questa attività offre l'opportunità di verificare se, rispetto al tema, nella struttura sanitaria vengono implementati regolamenti o raccomandazioni. Fondamentale è la selezione dei criteri, standard ed indicatori che costituiscono la struttura di riferimento che permette di evidenziare dove e come il processo o l'attività di cura specifica o l'esito si discostano dalle pratiche in uso. Affrontare un processo di cambiamento richiede innanzitutto la conoscenza della prassi esistente, misurabile attraverso dati quantitativi e qualitativi che saranno anche utilizzati per valutare se le azioni adottate abbiano determinato un miglioramento della qualità dell'ambito interessato. La raccolta dei dati rappresenta il fondamento della fase di "misura" e ad essa deve essere data una particolare attenzione perché condiziona l'analisi dei risultati e le proposte di miglioramento. La raccolta ed il trattamento dei dati deve rispettare la normativa vigente in materia di privacy secondo il Decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modificazioni. Poiché la raccolta dei dati è una fase determinante, è utile definire in anticipo il protocollo da seguire: il campo di applicazione, i criteri di inclusione ed esclusione, il tipo di studio (prospettico o retrospettivo), modalità di raccolta dei dati, dimensione del campione e modalità di selezione e periodo di raccolta dei dati.

La fase III è la fase di attuazione delle azioni di miglioramento in cui viene definito il piano di azione sulla base degli ambiti di miglioramento e delle raccomandazioni precedentemente individuate e vengono determinate le strategie per guidare e mantenere il cambiamento. Un cambiamento può essere percepito come una minaccia, come una messa in discussione delle attività o delle competenze, un aumento del carico di lavoro, una critica della situazione esistente. È necessario creare un ambiente favorevole e individuare strategie di accompagnamento al cambiamento. È necessario agire contemporaneamente su più livelli coinvolgendo i professionisti e tutti gli operatori nella scelta delle soluzioni e nella loro attuazione ed ascoltare le idee che propongono ed avere un atteggiamento positivo.

L'ultima fase del ciclo di audit è la fase di rivalutazione. Per poter valutare la reale efficacia dell'audit prodotto è necessario lo svolgimento di un secondo audit (re-audit), oppure una valutazione con l'utilizzo di indicatori. Inoltre è necessario assicurare che il cambiamento si inserisca in un processo di miglioramento continuo della qualità, pertanto esso va sostenuto e mantenuto nel tempo. Anche in questa fase è essenziale curare gli aspetti della comunicazione per dare la massima visibilità ai cambiamenti avvenuti e ai risultati raggiunti. ^[18]

Per implementare il miglioramento è utile un approccio sistematico che comprenda l'identificazione delle difficoltà al cambiamento presenti in loco, il sostegno al teamwork e l'utilizzo di diversi metodi specifici. ^[21]

Per valutare e mantenere il miglioramento prodotto dal clinical audit, dopo l'introduzione dei cambiamenti, è fondamentale il monitoraggio mediante l'utilizzo di indicatori che devono essere pochi, essenziali, specifici, replicabili, pragmatici, costruiti su dati omogenei. Quando possibile la scelta degli indicatori di performance dovrebbe essere fatta utilizzando fonti evidence-based. Nel monitoraggio continuo è opportuno registrare tutti gli errori, eventi avversi ed eventi maggiori che si dovessero presentare durante il periodo d'osservazione e il parere degli utenti. ^[21]

In conclusione, l'audit deve essere considerato, in primo luogo, come uno strumento di miglioramento, non come una perdita di tempo e di risorse. Ai professionisti devono essere garantiti spazi temporali e di attività da dedicare all'audit. In secondo luogo,

bisogna essere convinti che rappresenti uno strumento per descrivere e correggere le criticità. ^[18]

1.0 OBIETTIVI PRINCIPALI

Analizzare l'applicazione dell'Evidence Based Practise nella gestione dei CVAD da parte degli infermieri a seguito di specifici training formativi, verificando se coloro che svolgono formazione specifica all'interno della propria SOD, permettano un'acquisizione di competenze avanzate, rispetto a coloro che non partecipano ad alcuni training e successiva progettazione di un evento formativo ECM- FSC (audit) relativo alla gestione degli accessi venosi centrali (AVC).

1.1 OBIETTIVI SPECIFICI

- Identificare e coinvolgere un team infermieristico nella promozione di una pratica basata su prove di efficacia nella gestione degli accessi venosi centrali e valutare la conformità con le migliori pratiche utilizzando la modalità formazione sul campo di audit.
- Riflettere sui risultati dell'audit di base e progettare e implementare strategie per affrontare le aree di non conformità con le migliori pratiche nella gestione degli accessi venosi centrali.

1.2 MATERIALI E METODI:

Nella prima parte dello studio è stata effettuata una ricerca della letteratura finalizzata alla comprensione delle tematiche da studiare.

I motori di ricerca utilizzati prevalentemente sono stati Pubmed, Google Scholar, Science Direct, Cochrane Library. Nella ricerca sono stati consultati libri, riviste ed articoli scientifici, linee guida, protocolli ospedalieri, siti internet.

Per esaminare le effettive conoscenze e competenze degli infermieri nella gestione dei dispositivi venosi centrali è stata seguita l'effettuazione di eventi ECM di tutoraggio tenuti dalla PICC Unit dell'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona, effettuati nell'anno 2017/2018 e 2018/2019. Ogni evento formativo è stato suddiviso in due giornate,

ciascuna di tre ore. Per ogni giornata di formazione hanno partecipato cinque infermieri suddivisi per SOD di appartenenza. Al termine del corso è stata poi fatta una valutazione finale di gradimento da parte dell'infermiere e compilata una scheda di valutazione del Tutor.

I contenuti del corso hanno approfondito e argomentato le diverse tipologie degli accessi venosi ed il materiale, i presidi e gli antisettici necessari per la corretta gestione, la corretta predisposizione del materiale e dell'operatore alla manovra di gestione degli accessi venosi. È stata mostrata la corretta procedura di medicazione degli accessi venosi, l'irrigazione, le modalità di esecuzione dei prelievi ematici dagli accessi venosi e la gestione della linea infusiva connessa ai dispositivi intravenosi.

Per indagare la compliance al corso sono stati distribuiti dei questionari ad ogni SOD che ha partecipato agli eventi formativi sopracitati per un totale di 360 questionari, nel periodo compreso da luglio a settembre 2019.

Il questionario (Allegato 2) è stato condotto tramite lo studio e il reperimento delle più recenti linee guida e dei protocolli aziendali sulla gestione degli accessi venosi.

Alla luce dei risultati emersi dal precedente elaborato, nel tirocinio condotto nell'anno 2019/2020 è stato ideato un corso ECM diretto agli infermieri delle SOD i cui i risultati del questionario somministrato l'anno precedente fornivano il migliore e il peggior esito riguardo la gestione degli accessi venosi (SOD CLINICA EMATOLOGICA e SOD CLINICA CHIRURGICA GENERALE). La tipologia di corso ECM organizzato è la formazione sul campo (FSC), più specificatamente sono stati organizzati gruppi di miglioramento di audit clinico con gli infermieri dei reparti sopracitati al fine di capire e far capire agli infermieri quali sono gli errori e/o le azioni corrette che questi applicano quotidianamente nella pratica clinica, al fine di correggerli/ modificarli e/o mantenerli e applicarli.

Il progetto sarà articolato in 10 incontri, ciascuno della durata di due ore, per un totale di 20 ore. Ad ogni evento formativo possono partecipare al massimo 20 persone. Al termine del corso i partecipanti saranno valutati tramite una verifica della corretta applicabilità delle linee guida nella gestione di un accesso venoso centrale. Gli

infermieri che partecipano con presenza documentata ad almeno 90% delle riunioni otterranno 20 crediti ECM. [16,19]

A causa dell'emergenza SARS-COVID 19 non è stata possibile la realizzazione della prosecuzione del progetto. Per questo il lavoro si è focalizzato nella progettazione di un evento formativo ECM propedeutico all'approfondimento delle tematiche relative alla gestione degli AVC. I dati elaborati nel progetto del 1°anno hanno evidenziato che le modalità formative scelte precedentemente (FSC-Tutoring) non hanno ottenuto i risultati sperati in termini di trasmissione e sviluppo di conoscenze e competenze infermieristiche nella gestione degli AVC.

Si è quindi valutata la possibilità di utilizzare una tipologia differente, puntando l'attenzione sull'audit clinico.

1.2.1 DISEGNO DI STUDIO:

È stato condotto uno studio di tipo osservazionale retrospettivo.

1.2.2 SETTING:

Lo studio si è svolto presso l'AOU Ospedali Riuniti di Ancona.

1.2.3 VARIABILI OSSERVATE

1. Sociodemografiche: età, genere, anni di servizio, SOD di appartenenza, frequenza percorsi di training.
2. Items previsti dai budles per la corretta gestione dei CVAD.

1.2.4 POPOLAZIONE:

Infermieri dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona.

1.3 CAMPIONE E CAMPIONAMENTO:

Nello studio condotto nell'anno 2018/2019 è stato utilizzato un campionamento non probabilistico con strategia di convenienza.

Sono stati arruolati gli infermieri che lavoravano nelle SOD di Clinica Malattie Infettive, Gastroenterologia, Divisione Malattie Infettive, laboratorio Analisi, Otorino, Clinica neurologica, Clinica Endocrinologica, Dietetica, Medicina d'Urgenza settore

subintensivo, Medicina settore ordinario, Chirurgia, Pneumologia, Clinica Medica, Ortopedia, Neurochirurgia, Senologia.

Queste sono le SOD che hanno partecipato ai training ECM organizzati presso la PICC Unit Aziendale.

Tenuto conto dei dati ricavati, è stato utilizzato nell'anno accademico (A.A) 2019/2020 un campionamento non probabilistico con strategia di convenienza 2 SOD campione su cui poter realizzare l'evento formativo per poi valutare nuovamente le conoscenze riguardanti gli AVC.

- Clinica ematologica, la quale è risultata dimostrare valide performance nello studio realizzato nel 1° anno.
- Area chirurgica, la quale ha dimostrato maggiori criticità in merito.

1.3.1 ANALISI STATISTICA:

I dati sono stati analizzati utilizzando le comuni metodiche della statistica descrittiva ed inferenziale al fine di evidenziare l'effettiva efficacia dei programmi formativi utilizzati.

In particolare si è preso in considerazione il calcolo dell'ODDS RATIO (OR), come indice di analisi dell'efficacia degli eventi formativi considerati.

1.3.2 STRUMENTI:

Per lo svolgimento dello studio nell' A.A 2018/2019 è stato utilizzato come strumento di stima per il ricavo dei dati:

- Documenti e Bibliografia ad hoc.
- Bundle contenuti nelle linee guida sviluppate dalle società scientifiche EPIC (Allegato 3), GaveCelt (Allegato 4), CDC di Atlanta, AVA IDSA, ed altre.
- Questionario di valutazione delle conoscenze infermieristiche sui CVAD (Allegato 2)

Gli strumenti utilizzati per la realizzazione dell'evento formativo progettato nel A.A 2019/2020 sono:

- Evento formativo ECM-FSC-Audit da realizzare nel corso di un anno solare (Allegato 1)
- Scheda valutazione conoscenze/competenze (Allegato 2)

1.4 RISULTATI:

I risultati della ricerca hanno permesso di verificare la trasmissione delle conoscenze sulla gestione degli accessi vascolari alla popolazione di infermieri che ha partecipato ad eventi formativi appositamente costruiti.

Lo studio è stato eseguito nel periodo compreso da luglio a settembre 2019, su un campione di 83 soggetti. La maggior parte dei soggetti partecipanti allo studio sono state donne (75,6%).

Analizzando in dettaglio il questionario si rilevano i dati seguenti:

STATISTICA DESCRITTIVA

Tabella delle Frequenze

Tabella 1: Genere

	Frequenza	%
M	20	24,4
F	62	75,6
TOT.	82	100

Tabella 2: Partecipazione al corso di formazione

	%
SI	43,2
NO	56,8
Totale	100

Tabella 3: Anno di Frequenza

	Frequenza	%
2017/2018	8	22,9
2018/2019	27	77,1
Total	35	100

Tabella 4: Statistica Descrittiva

	Min	Max	Media	Devizione Standard
Età	25	59	39,06	8,764

Tabella 5: SOD

	Frequenza	%
CHIRURGIA	14	16,9
CL. MALATTIE INF	7	8,4
CLINICA MEDICA	7	8,4
DIETOLOGIA/NUTR	1	1,2
DIV. MALATTIE INF.	1	1,2
EMATOLOGIA	5	6
GASTRO	12	14,5
LAB. ANALISI	2	2,4
MED. INTERNA ORD.	2	2,4
ONCOLOGIA	4	4,8
ORTOPEDIA	11	13,3
OTORINO	6	7,2
PNEUMOLOGIA	8	9,6
SENOLOGIA/ENDO	3	3,6
Total	83	100

Tabella 6:**Domanda 1:**

“Quali interventi posso mettere in atto per tentare la disostruzione di un CVC occluso, In modo corretto?”

	Frequenza	%
Corretta	29	34,9
Errata	54	65,1
Totale	83	100

Tabella 7:

Domanda 2:

**“L’ago di Huber (detto ago Gripper) si dice
“NON- carotante” in quanto...”**

	Frequenza	%
Corretta	44	53
Errata	39	47
Totale	83	100

Tabella 8:

Domanda 3:

**“Quando un CVC non viene temporaneamente utilizzato deve essere
eparinato per prevenire l’occlusione, anche in presenza del tappino di
chiusura “con valvola a pressione positiva”**

	Frequenza	%
Corretta	54	65,1
Errata	29	34,9
Totale	83	100

Tabella 9:

Domanda 4:

**“In presenza del tappino di chiusura “con valvola a pressione positiva”,
dopo il lavaggio con manovra “pulsante”, è necessario chiudere il morsetto
per evitare il ritorno del sangue.”**

	Frequenza	%
Corretta	64	77,1
Errata	19	22,9
Totale	83	100

Tabella 10:

Domanda 5:

“La via distale, in quanto di maggiore diametro, viene usata per i prelievi ematici e l’infusione di emoderivati.”

	Frequenza	%
Corretta	58	69,9
Errata	25	30,1
Totale	83	100

Tabella 11:

Domanda 6:

“Per disostruire un’ostruzione da coagulo è indicato utilizzare Soluzione Fisiologica.”

	Frequenza	%
Corretta	40	48,2
Errata	43	51,8
Totale	83	100

Tabella 12:

Domanda 7:

“Se durante la medicazione, il catetere fuoriesce accidentalmente di alcuni centimetri non deve mai essere reinserito ma sostituito su filo guida.”

	Frequenza	%
Corretta	63	75,9
Errata	20	24,1
Totale	83	100

Tabella 13:

Domanda 8:

“Se l’exit site presenta sangue o pus, rimuovere il materiale presente con acqua ossigenata, successivamente lavare con Soluzione Fisiologica per neutralizzare l’azione dell’acqua ossigenata.”

	Frequenza	%
Corretta	66	79,5
Errata	17	20,5
Totale	83	100

Tabella 14:

Domanda 9:

“L’urokinasi viene usata prevalentemente per disostruire il CVC da coaguli /trombi.”

	Frequenza	%
Corretta	59	71,1
Errata	24	28,9
Totale	83	100

Tabella 15:

Domanda 10:

“I CVC a punta chiusa non consentono il prelievo ma solo l’infusione.”

	Frequenza	%
Corretta	49	59
Errata	34	41
Totale	83	100

Tabella 16:

Domanda 11: “Per le emocolture da CVC, non scartare nulla ma inviare per analisi anche il primo sangue prelevato.”

	Frequenza	%
Corretta	60	72,3
Errata	23	27,7
Totale	83	100

Tabella 17:

Domanda 12: “Sostituire le linee infusionali per somministrazione continua non più frequentemente di 24 ore.”

	Frequenza	%
Corretta	23	27,7
Errata	60	72,3
Totale	83	100

Tabella 18: TOT

	Frequenza	%
Corretta	55	66,3
Errata	28	33,7
Totale	83	100

STATISTICA INFERENZIALE

Tabella di Contingenza

Partecipazione * TOT Crosstabulation

Tabella 19:

		TOT		Totale
		Corretta	Errata	
Partecipazione	SI	29	6	35
	NO	26	20	46
Totale		55	26	81

Essendo uno studio di tipo retrospettivo, è stato calcolato l'ODDS RATIO (OR) con un margine di errore del 5%. Il valore di p è **0,071**.

OR= 2,833 con intervallo di confidenza (IC)95% = 0,899 - 8,931.

I risultati dimostrano che la formazione ha avuto esito positivo nei gruppi osservati ma non possono essere generalizzati all'intera popolazione che ha frequentato i corsi di formazione, in quanto statisticamente non significativo perché il valore del test supera il limite di errore previsto (5%).

**Tabella 20:
Stima del rischio**

	Valore	95% Intervallo di Confidenza	
		Inferiore	Superiore
Odds Ratio per Partecipazione (SI / NO)	2,833	0,899	8,931
For cohort TOT = Corretta	1,478	0,976	2,238
For cohort TOT = Errata	0,522	0,243	1,122
N of Casi Validi	57		

**Tabella 21:
Partecipazione * Domanda 1 "Quali interventi posso mettere in atto per tentare la disostruzione di un CVC occluso, In modo corretto?"**

		D1		Totale
		Corretta	Errata	
Partecipazione	SI	19	16	35
	NO	10	36	46
Total		29	52	81

**Tabella 22:
Stima del Rischio**

	Valore	95% Intervallo di Confidenza	
		Inferiore	Superiore
Odds Ratio per Partecipazione (SI / NO)	4,275	1,627	11,232
For cohort D1 = Corretta	2,497	1,334	4,674
For cohort D1 = Errata	0,584	0,395	0,864
N of Casi Validi	81		

Nella domanda 1 i risultati mostrano OR: 4,275 con IC di 1,627-11,232; **p = 0,002**.

La domanda n. 1, per chi ha partecipato al training formativo, ha portato ad un cambiamento delle conoscenze rispetto a coloro che non hanno partecipato al corso.

Osservando l'OR si può notare che coloro che hanno partecipato al corso di formazione hanno una probabilità 4,27 volte maggiore di avere acquistato la competenza rispetto alle manovre di disostruzione di un Accesso Venoso Centrale.

**Tavella 23:
Partecipazione * Domanda 2 "L'ago di Huber (detto ago Gripper) si dice "NON- carotante" in quanto..."**

		D2		Totale
		Corretta	Errata	
Partecipazione	SI	16	19	35
	NO	27	19	46
Totale		43	38	81

Tabella 24: Tests Chi Quadrato χ^2

p	0,246
---	-------

**Tabella 25:
Stima del Rischio**

	Valore	95% intervallo di Confidenza	
		Inferiore	Superiore
Odds Ratio per Partecipazione (SI / NO)	0,593	0,244	1,439
For cohort D2 = Corretta	0,779	0,504	1,203
For cohort D2 = Errata	1,314	0,83	2,081
N of Valid Cases	81		

Crosstabs

**Tabella 26:
Partecipazione * Domanda 3 “Quando un CVC non viene temporaneamente utilizzato deve essere eparinato per prevenire l’occlusione, anche in presenza del tappino di chiusura “con valvola a pressione positiva”**

		D3		Totale
		Corretta	Errata	
Partecipazione	SI	26	9	35
	NO	26	20	46
Totale		52	29	81

**Tabella 27: Tests Chi
Quadrato χ^2**

p	0,099
---	-------

Tabella 28: Stima del rischio

	Valore	95% intervallo di Confidenza	
		Inferiore	Superiore
Odds Ratio for Partecipazione (SI / NO)	2,222	0,854	5,782
For cohort D3 = Corretta	1,314	0,955	1,809
For cohort D3 = Errata	0,591	0,308	1,136
N of Valid Cases	81		

Crosstabs

Tabella 29:

Partecipazione * Domanda 4 “In presenza del tappino di chiusura “con valvola a pressione positiva”, dopo il lavaggio con manovra “pulsante”, è necessario chiudere il morsetto per evitare il ritorno del sangue.

		D4		Totale
		Corretta	Errata	
Partecipazione	SI	30	5	35
	NO	34	12	46
Totale		64	17	81

Tabella 30: Tests Chi Quadrato χ^2

p	0,196
---	-------

**Tabella 31:
Stima del Rischio**

	Valore	95% Intervallo di Confidenza	
		Inferiore	Superiore
Odds Ratio per Partecipazione (SI / NO)	2,118	0,669	6,708
For cohort D4 = Corretta	1,16	0,932	1,443
For cohort D4 = Errata	0,548	0,213	1,411
N di Casi Validi	81		

Crosstabs

**Tabella 32:
Partecipazione * Domanda 5 “La via distale, in quanto di
maggiore diametro, viene usata per i prelievi ematici e l’infusione
di emoderivati**

		D5		Totale
		Corretta	Errata	
Partecipazione	SI	26	9	35
	NO	30	16	46
Totale		56	25	81

**Tabella 33: Tests Chi
Quadrato x²**

p	0,381
---	-------

**Tabella 34:
Risk Estimate**

	Valore	95% Intervallo di Confidenza	
		Inferiore	Superiore
Odds Ratio for Partecipazione (SI / NO)	1,541	0,584	4,068
For cohort D5 = Corretta	1,139	0,855	1,518
For cohort D5 = Errata	0,739	0,371	1,471
N of Valid Cases	81		

Crosstabs

**Tabella 35:
Partecipazione * Domanda 6 “Per disostruire un’ostruzione da coagulo è indicato utilizzare Soluzione Fisiologica”**

		D6		Totale
		Corretta	Errata	
Partecipazione	SI	16	19	35
	NO	24	22	46
Total		40	41	81

Tabella 36: Tests Chi Quadrato χ^2

p	0,565
---	-------

**Tabella 37:
Stima del Rischio**

	Valore	95% Intervallo di Confidenza	
		Inferiore	Superiore
Odds Ratio for Partecipazione (SI / NO)	0,772	0,32	1,864
For cohort D6 = Corretta	0,876	0,556	1,381
For cohort D6 = Errata	1,135	0,74	1,742
N of Casi Validi	81		

Crosstabs

**Tabella 38:
Partecipazione * Domanda 7 “Se durante la medicazione, il catetere fuoriesce accidentalmente di alcuni centimetri non deve mai essere reinserito ma sostituito su filo guida.”**

		D7		Totale
		Corretta	Errata	
Partecipazione	SI	28	7	35
	NO	33	13	46
Totale		61	20	81

Tabella 39: Tests Chi Quadrato x²

p	0,393
---	-------

**Tabella 40:
Stima del rischio**

	Valore	95% Intervallo di Confidenza	
		Inferiore	Superiore
Odds Ratio per Partecipazione (SI / NO)	1,576	0,553	4,493
For cohort D7 = Corretta	1,115	0,872	1,426
For cohort D7 = Errata	0,708	0,316	1,586
N di Casi Validi	81		

Crosstabs

**Tabella 41:
Partecipazione * Domanda 8 “Se l’exit site presenta sangue o pus, rimuovere il materiale presente con acqua ossigenata, successivamente lavare con Soluzione Fisiologica per neutralizzare l’azione dell’acqua ossigenata.”**

		D8		Totale
		Corretta	Errata	
Partecipazione	SI	30	5	35
	NO	35	11	46
Totale		65	16	81

Tabella 42: Tests Chi Quadrato χ^2

p	0,281
---	-------

Tabella 43:
Stima del Rischio

	Valore	95% Intervallo di Confidenza	
		Inferiore	Superiore
Odds Ratio per Partecipazione (SI / NO)	1,886	0,589	6,041
For cohort D8 = Corretta	1,127	0,912	1,391
For cohort D8 = Errata	0,597	0,228	1,562
N di Casi Validi	81		

Crosstabs

Tabella 44:
Partecipazione * Domanda 9 “L’urokinasi viene usata prevalentemente per disostruire il CVC da coaguli /trombi.”

		D9		Totale
		Corretta	Errata	
Partecipazione	SI	26	9	35
	NO	32	14	46
Totale		58	23	81

Tabella 45: Tests Chi Quadrato x²

p	0,641
---	-------

**Tabella 46:
Stima del Rischio**

	Valore	95% Intervallo di Confidenza	
		Inferiore	Superiore
Odds Ratio per Partecipazione (SI / NO)	1,264	0,472	3,382
For cohort D9 = Corretta	1,068	0,813	1,403
For cohort D9 = Errata	0,845	0,414	1,723
N di Casi Validi	81		

Crosstabs

**Tabella 47:
Partecipazione * Domanda 10 "I CVC a punta chiusa non consentono il prelievo ma solo l'infusione."**

		D10		Totale
		Corretta	Errata	
Partecipazione	SI	22	13	35
	NO	26	20	46
Total		48	33	81

Tabella 48: Tests Chi Quadrato χ^2

p	0,565
---	-------

**Tabella 49:
Stima del Rischio**

	Valore	95% Intervallo di Confidenza	
		Inferiore	Superiore
Odds Ratio per Partecipazione (SI / NO)	1,302	0,529	3,202
For cohort D10 = Corretta	1,112	0,776	1,593
For cohort D10 = Errata	0,854	0,497	1,47
N di casi validi	81		

Crosstabs

**Tabella 50:
Partecipazione * Domanda 11 “Per le emocolture da CVC,
non scartare nulla ma inviare per analisi anche il primo
sangue prelevato”**

		D11		Totale
		Corretta	Errata	
Partecipazione	SI	29	6	35
	NO	30	16	46
Totale		59	22	81

Tabella 51: Tests Chi Quadrato χ^2

p	0,077
---	-------

Tabella 52: Stima del Rischio

	Valore	95% Intervallo di Confidenza	
		Inferiore	Superiore
Odds Ratio per Partecipazione (SI / NO)	2,578	0,886	7,501
For cohort D11 = Corretta	1,27	0,98	1,647
For cohort D11 = Errata	0,493	0,215	1,129
N di casi Validi	81		

Crosstabs

Tabella 53: Partecipazione * Domanda 12 “Sostituire le linee infusionali per somministrazione continua non più frequentemente di 24 ore”

		D12		Totale
		Corretta	Errata	
Partecipazione	SI	7	28	35
	NO	15	31	46
Totale		22	59	81

Tabella 54: Tests Chi Quadrato χ^2

p	0,206
---	-------

**Tabella 55:
Stima del Rischio**

	Valore	95% Intervallo di Confidenza	
		Inferiore	Superiore
Odds Ratio per Partecipazione (SI / NO)	0,517	0,184	1,451
For cohort D12 = Corretta	0,613	0,281	1,341
For cohort D12 = Errata	1,187	0,915	1,54
N di Casi Validi	81		

Le tabelle mostrano come le conoscenze e competenze investigate nelle domande 2÷12 del questionario proposto non siano statisticamente differenti tra coloro che hanno partecipato agli eventi formativi e coloro che non vi hanno partecipato.

Custom Tables

SOD	TOT			
	Corretta		Errata	
	Valore	%	Valore	%
CHIRURGIA	11	78,60%	3	21,40%
CLINICA MALATTIE INFETTIVE	3	42,90%	4	57,10%
CLINICA MEDICA	4	57,10%	3	42,90%
DIETOLOGIA/NUTRIZIONALE	1	100,00%	0	0,00%
DIVISIONE MALATTIE INFETTIVE	1	100,00%	0	0,00%
EMATOLOGIA	4	80,00%	1	20,00%
GASTROENTEROLOGIA	12	100,00%	0	0,00%
LABORATORIO ANALISI	1	50,00%	1	50,00%
MED. INTERNA ORD.	1	50,00%	1	50,00%
ONCOLOGIA	2	50,00%	2	50,00%
ORTOPEDIA	2	18,20%	9	81,80%
OTORINO	4	66,70%	2	33,30%
PNEUMOLOGIA	6	75,00%	2	25,00%
SENOLOGIA/ENDOCRINOLOGIA	3	100,00%	0	0,00%

Osservando la tabella sotto riportata, si nota come vi è una significativa relazione tra SOD e la correttezza delle risposte date. Si può vedere che i risultati sono diversi a seconda del setting in cui gli infermieri lavorano. Questo dato è importante per poter considerare che appartenere ad un'unità operativa conduce sostanziali differenze nell'acquisizione delle competenze fornite durante la formazione.

Tabella 57: Pearson Chi-Squadre Tests

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	TOT
SOD p	,013	,053	,407	,008	,147	,468	,119	,257	,005	,001	,001	,027	,026

In particolare, dall'analisi della tabella si può notare che nelle domande 1, 4, 9, 10, 11, 12 e soprattutto sul totale, le risposte non sono dovute al caso, ma si può affermare che i dati possono essere generalizzati all'intera popolazione degli infermieri osservata.

Per indagare la partecipazione al corso sono stati distribuiti dei questionari ad ogni SOD che ha partecipato agli eventi formativi per un totale di 360 questionari, nel periodo compreso da luglio a settembre 2019. Il tasso di risposta è stato del 23.05%.

L'attività di training utilizzata nel biennio 2018-2019 ha previsto infatti la formazione di 3-5 operatori per ogni SOD con la successiva condivisione delle conoscenze/ pratiche acquisite con i membri dell'equipe di origine. La pratica formativa di coinvolgimento del gruppo e che consente un'analisi oggettiva/attenta delle prassi è l'autoanalisi.

Dai dati e dai risultati ottenuti è stato possibile definire che il corso di formazione non ha prodotto alcun cambiamento nel comportamento del personale sanitario nella gestione degli accessi venosi centrali, e che, coloro che ne hanno partecipato non hanno acquisito conoscenze permanenti che applicano costantemente nella loro pratica. È stata perciò proposta e ideata una modalità formativa per ovviare alla frequente problematica di un'inadeguata gestione degli accessi venosi che permettesse agli infermieri di "fissare" quelli che sono i comportamenti corretti e metterli in pratica quotidianamente.

Non essendo stata possibile una raccolta dati a causa dell'emergenza sanitaria causata dal virus SARS-COV-2, non si è potuto mettere in pratica l'evento formativo progettato. Nella progettazione di un evento formativo più coerente agli scopi e obiettivi della PICC UNIT, ci si è focalizzati sulla necessità che tutti i membri di una equipe riflettessero insieme sulle prassi/comportamenti/competenze necessarie ad una corretta gestione di un AVC.

L'attività di audit articolata nell'a.a 2019/2020 è stata definita nel format (Allegato 1) prodotto e definisce gli obiettivi generali e specifici, la durata del progetto, i destinatari dell'azione formativa e le attività del quale il progetto sarà composto: identificazione delle aree cliniche e dei problemi assistenziali e organizzativi, conoscenza ed approfondimento della metodologia dell'Audit clinico, individuazione del campione di pazienti/documentazione infermieristica da analizzare e analisi dei dati raccolti al fine di un confronto professionale, identificazione del set di informazioni rilevanti da raccogliere al fine dell'attuazione del ciclo di Audit programmato, identificazione degli standard/indicatori di riferimento, analisi dei dati raccolti ai fini di un confronto con gli standard di riferimento, definizione delle opportune strategie di miglioramento e infine la valutazione degli interventi attuati per ottenere e/o sostenere il miglioramento (valutazione dell'outcome).

1.5 DISCUSSIONE:

Dalla lettura dei dati si evidenzia che il training formativo realizzato nell' a.a 2018/2019 non ha prodotto sostanziali modifiche nelle conoscenze e cambiamenti nelle modalità di gestione degli accessi venosi. Infatti, a parte nella domanda 1 in cui $p < 0,002$ con IC 1,627- 11,232, negli altri quesiti, le risposte sembrano essere state attribuite al caso e quindi non essere statisticamente significative. Dall'OR si può notare che tale domanda ha la probabilità quattro volte maggiore di essere acquisita da coloro che hanno partecipato al corso e che l'argomento della disostruzione di un accesso venoso centrale e le modalità più corrette per disostruirlo, viene più facilmente appreso e "immagazzinato" rispetto agli altri contenuti ripresi durante l'evento formativo.

Dai risultati emerge che a differenza di quanto ci aspettava, coloro che hanno partecipato allo studio, non hanno maggiori conoscenze e maggiori competenze nella gestione, cura e monitoraggio dei CVAD.

Come afferma lo studio di Cabana, MD. Et al. 1999 ^[23], nonostante un'ampia promulgazione, le linee guida hanno avuto un effetto limitato sul cambiamento del comportamento dei professionisti sanitari. In generale, si sa poco sul processo e i fattori responsabili di come questi cambiano i loro interventi e le loro azioni quando vengono a conoscenza di una nuova linea guida.

Uno degli esiti più frequenti della ricerca sui servizi sanitari è l'incapacità di tradurre sistematicamente i risultati della ricerca nella pratica quotidiana. Una serie di studi condotti negli Stati Uniti, Paesi Bassi, Gran Bretagna, Canada, e Australia hanno scoperto che dal 30% al 40% dei pazienti non riceve trattamenti di provata efficacia e, altrettanto scoraggiante, fino al 25% dei pazienti riceve cure inutili o cure potenzialmente dannose. ^[24]

Un importante ostacolo interno all'utilizzo delle linee guida è la mancanza di consapevolezza da parte del personale che quest'ultima esista. Una barriera interna citata da professionisti impegnati in contesti clinici è una mancanza di familiarità con il contenuto di una linea guida o con la letteratura di ricerca pertinente. Ci sono prove che dichiarano che i clinici che hanno familiarità con le linee guida e le ricerche pertinenti potrebbero non essere d'accordo con l'interpretazione della linea guida. In aggiunta, molti professionisti riferiscono di fare affidamento sui colleghi per il supporto decisionale, una pratica che può ridurre l'uso di linee guida basate sull'evidenza e aumentare la dipendenza dal processo decisionale basato sull'esperienza. ^[25]

Nel presente lavoro di ricerca, risulta inoltre essere molto rilevante l'appartenenza a specifiche SOD: l'analisi dei risultati nelle tabelle 56,57 mostra infatti differenze importanti nelle percentuali di risposte corrette tra le differenti SOD osservate e la loro significatività statistica ($p < 0,05$). Per quanto riguarda le percentuali di risposte corrette è possibile osservare come i reparti che fanno un uso più frequente di CVAD siano più informati e più aggiornati rispetto a quelli in cui la frequenza di utilizzo risulta inferiore: la SOD di Gastroenterologia (risposte corrette 100%) e la SOD Clinica Ematologica (80%) hanno avuto ad esempio una maggior capacità di acquisizione di alcuni contenuti rispetto a SOD come l'ortopedia (18,2%), pur avendo partecipato allo stesso modo al corso di formazione. Questo può essere utile nell'impostazione di futuri training in quanto in alcune SOD si avrà necessità di più risorse e/o differenti modalità di formazione.

È stato comunemente ipotizzato che la maggior parte degli ostacoli all'applicazione della pratica basata sull'evidenza, come la mancanza di conoscenze, atteggiamenti negativi o abilità sottosviluppate, operano a livello del singolo operatore sanitario. Ad esempio, le barriere possono operare in altri livelli del sistema sanitario, comprese le

barriere strutturali (ad esempio, disincentivi finanziari), le barriere organizzative (ad esempio, mix inappropriato di competenze, mancanza di strutture o attrezzature), le barriere di gruppo tra pari (ad esempio, standard locali di assistenza non in linea con la pratica desiderata), e le barriere di interazione tra professionisti e pazienti (ad esempio, problemi di comunicazione e di elaborazione delle informazioni).^[23,24]

Una barriera esterna all'uso delle linee guida è un formato confuso o eccessivamente complicato. Le barriere legate al computer includono una documentazione ampia e dispendiosa in termini di tempo e difficoltà per coloro che hanno competenze informatiche limitate. La reale mancanza di tempo in ambienti clinici affollati è stata identificata come una barriera esterna significativa. Allo stesso modo, carichi di lavoro pesanti e difficoltà nel conciliare lo stato di salute del paziente con le raccomandazioni delle linee guida possono costituire ostacoli all'uso coerente delle linee guida nella pratica clinica. Alcuni professionisti hanno citato la mancanza di risorse come ostacolo alla loro capacità di eseguire le raccomandazioni delle linee guida.^[25]

Goossens et al.^[26] hanno cercato di comprendere la relazione tra stile di apprendimento e uso delle linee guida per medici e infermieri olandesi. Dallo studio emerge che gli infermieri hanno maggiori probabilità di adottare una linea guida se sono interessati alla sua materia, se la linea guida è stata sviluppata "all'interno della propria disciplina" e se la linea guida è supportata dal personale.

Lo studio qui analizzato ha voluto mettere in risalto quanto sia importante effettuare aggiornamenti costanti e che vi sia la partecipazione non solo individuale ma anche dell'intera organizzazione al fine di rendere possibile una corretta gestione degli CVAD.

La piena aderenza alle raccomandazioni contenute all'interno delle linee guida è una questione importante legata alla qualità dell'assistenza infermieristica.

Nel contesto nazionale la gestione degli accessi venosi rappresenta un importante processo infermieristico.^[27] La conoscenza delle linee guida rimane una priorità per il personale che gestisce gli CVAD, in particolare per gli infermieri che forniscono la maggior parte delle manipolazioni e la cura delle infusioni endovenose dei pazienti.^[28]

Secondo quanto riportato dallo studio di O'Grady et al. 2011 ^[29], le più recenti linee guida CDC hanno sottolineato l'importanza dell'esperienza e delle conoscenze del personale per prevenire la CRBSI e migliorare le prestazioni cliniche raccomandando programmi di formazione e valutazione periodica delle conoscenze del personale.

Dato il ruolo centrale dell'apprendimento come attività essenziale per lo sviluppo professionale continuo, le conoscenze acquisite dalla ricerca e dalle indagini sulle esigenze di apprendimento potrebbero essere utilizzate per promuovere l'autoconsapevolezza degli operatori sulla necessità di realizzare cambiamenti pratici. ^[31]

Gli accessi venosi centrali sono una componente essenziale dell'assistenza sanitaria. Tuttavia, questi dispositivi indispensabili sono stati anche associati a complicanze nei primi 7 giorni dal posizionamento (10%). Tali complicazioni sarebbero naturalmente maggiori aumentando la permanenza del dispositivo in sede. ^[22]

Dallo studio precedentemente condotto nell'anno 2019 sulle competenze infermieristiche nella gestione degli accessi venosi centrali a seguito di un corso di formazione organizzato e gestito dalla PICC UNIT si è potuto notare che il training formativo non ha prodotto sostanziali modifiche nelle conoscenze e cambiamenti nelle modalità di gestione degli accessi venosi.

Dai risultati precedentemente ottenuti nel progetto del 1° anno si è quindi voluta indagare e adottare una metodologia che risultasse utile agli operatori sanitari per capire e applicare o, modificare, i loro comportamenti per gestire nel modo corretto e secondo le linee guida gli accessi venosi centrali, al fine di prevenire complicanze. A tal proposito, studiando i risultati è stato possibile notare una rilevante differenza a seconda dell'appartenenza a specifiche SOD: per quanto riguarda le percentuali di risposte corrette è possibile osservare come i reparti che fanno un uso più frequente di CVAD siano più informati e più aggiornati rispetto a quelli in cui la frequenza di utilizzo risulta inferiore: la SOD Clinica Ematologica (80%) ha avuto ad esempio una maggior capacità di acquisizione di alcuni contenuti rispetto a SOD come la chirurgia, pur avendo partecipato allo stesso modo al corso di formazione. A partire da questi risultati è stato ideato un evento formativo in cui gli infermieri, potessero condividere non solo le corrette modalità di gestione degli AVC, ma riflettessero in profondità sulla pratica

clinica commessa. Il controllo delle infezioni ospedaliere è un buon argomento per l'audit poiché influisce sulla cura del paziente, sulla qualità della vita e sui risultati clinici. È ormai accertato che l'audit sia una funzione chiave per i team di controllo della pratica clinica. ^[30]

1.5.1 LIMITI DELLO STUDIO

A causa dell'emergenza SARS-COVID- 19, non è stata possibile la messa in pratica del progetto di tirocinio prestabilito, che sarà implementato una volta terminate le misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza.

1.6 CONCLUSIONE:

L'obiettivo dello studio è stato quello di poter studiare l'efficacia di un training formativo attuato agli infermieri per aiutarli nella corretta applicazione delle linee guida internazionali. Tuttavia, il corso si è dimostrato essere inefficace sull'apprendimento in quanto, non ci sono stati significativi cambiamenti e miglioramenti delle conoscenze da parte degli infermieri.

È stata quindi indagata e progettata una nuova modalità per fare in modo che gli infermieri apprendano correttamente a saper gestire gli accessi venosi in modo sicuro e consapevole, applicando le linee guida e le migliori evidenze scientifiche a disposizione al fine di migliorare la capacità di gestione degli CVAD e diminuire le complicanze correlate, migliorando la qualità dell'assistenza erogata e la soddisfazione delle persone assistite.

Il mondo del sapere, specie andragogico e manageriale, ci offre molti strumenti per strutturare progetti di formazione, che siano fortemente connessi alle migliori pratiche, coinvolgendo i destinatari dell'azione formativa in modo gratificante, non creando dicotomia tra teoria e prassi, e che facciano innamorare della conoscenza i destinatari dell'azione formativa, come può essere l'approccio proposto con la formazione tramite gruppi di miglioramento.

Tale approccio, non ha certo la pretesa di essere l'unico utile alla crescita delle competenze infermieristiche, ma fa parte di tutta quella serie di strategie di formazione attiva, meglio percorribile all'interno delle organizzazioni complesse, come sono quelle

socie sanitarie, in cui si dispone di risorse economiche sempre più limitate e dove operano professionisti dell'assistenza infermieristica disposti alla crescita del proprio bagaglio culturale ed esperienziale. Questo al fine di assolvere al meglio il loro mandato professionale, deontologico e istituzionale: l'Assistenza Infermieristica. [33]

Apprendimento/formazione/condivisione sono la chiave di volta di una strategia di crescita della persona, in grado di garantire non solo buone prassi ma anche lo sviluppo umano nella sua interezza. [32]

Con l'elaborato progettato si è voluto codificare una modalità di formazione che possa agire nelle prassi assistenziali, aumentando la consapevolezza che imparare "insieme" permette di migliorare non solo se stessi e le proprie competenze ma soprattutto la salute delle persone che quotidianamente vengono prese in carico.

BIBLIOGRAFIA

1. Broadhurst, D., Moureau, N., Ullman, A.J., The World Congress of Vascular Access (WoCoVA), Skin Impairment Management Advisory Panel, Management of Central Venous Access Device- Associated Skin Impairment, *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 2017; 44, 211-20. doi: 10.1097/WON.0000000000000322
2. Broadhurst, D., Moureau, N., & Ullman, A.J. Central Venous Access Devices Site Care Practices: An International Survey of 34 Countries. *The Journal of Vascular Access* 2015; 17, 78–86. doi:10.5301/jva.5000450
3. Comerlato, P.H., Rebelatto, T. F., de Almeida F.A. S., Birck Klein, L., Manozzo Boniatti, M., Beatriz D. Schaan, Varvaki Rados, D., Complications of central venous catheter insertion in a teaching hospital. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2017; 63:613-20. doi: 10.1590/1806-9282.63.07.613.
4. Manoj, D., Mahadeo, S., Impact of Structured Education on Knowledge and Practice Regarding Venous Access Device Care among Nurses, *International Journal of Science and Research* 2014; 3,895-01.
5. Blot, S. I., Depuydt, P., Annemans, L., Benoit, D., Hoste, E., De Waele, J. J., Vandewoude, K. H., Clinical and Economic Outcomes in Critically Ill Patients with Nosocomial Catheter-Related Bloodstream Infections. *Clinical Infectious Diseases* 2005; 41, 1591–98. doi: 10.1086/497833
6. Cicolini, G., Simonetti, V., Comparcini, D., Labeau, S., Blot, S., Pelusi, G., Di Giovanni, P., Nurses' knowledge of evidence-based guidelines on the prevention of peripheral venous catheter-related infections: a multicentre survey. *The Journal of Vascular Access*; 2014; 17-18, 2578-88.
7. Labeau, S. O., Vandijck, D. M., Rello, J., Adam, S., Rosa, A., Wenisch, C., Blot, S. I. Centers for Disease Control and Prevention guidelines for preventing central venous catheter-related infection: Results of a knowledge test among 3405 European intensive care nurses. *Critical Care Medicine* 2009; 37(1), 320–323. doi:10.1097/ccm.0b013e3181926489
8. Al Qadire, M. Oncology nurses' knowledge of guidelines for preventing catheter-related bloodstream infections. *American Journal of Infection Control* 2017; 45, e95-7. doi:10.1016/j.ajic.2017.03.034
9. Frampton, G., Harris, P., Cooper, K., Cooper, T., Cleland, J., Jones, J., Shepherd, J., Clegg, A., Graves, N., Welch, K. and Cuthbertson, B. Educational interventions for preventing

vascular catheter bloodstream infections in critical care: evidence map, systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment* 2014; 18:1-365.

doi: 10.3310/hta18150.

10. Naomi P. O'Grady, Mary, A., Lillian, A., Burns, E. Patchen, D., Garland, S., Stephen O., Pamela A., Lipsett, Henry Masur, Leonard A. Mermel, Michele L. Pearson, Issam I. Raad, Adrienne G. Randolph, Mark E. Rupp, Sanjay Saint, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infection. *Clinical Infectious Diseases* 2011; 52, e162-93.
11. Lohr KN & Field MJ Developing clinical practice guidelines. In *Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use*, Institute of medicine, National Academy Press, Washington, DC, 1992; pp. 83.
12. Eiman JM, Pilhammar E, Khalaf A & Willman A., Registered nurses' adherence to clinical guidelines regarding peripheral venous catheters: a structured observational study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2008;5, 148–59
doi:10.1111/j.1741-6787.2008.00105.x
13. Grol R & Grimshaw J., From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet* 2003; 362, 1225–30.
Doi: 10.1016/S0140-6736(03)14546-1
14. Deshmukh, M., Shinde, M., Impact of Structured Education on Knowledge and Practice Regarding Venous Access Device Care among Nurses. *International Journal of Science and Research* 2014; 3:895-01
15. CDC, Bloodstream Infection Event (Central Line-Associated Bloodstream Infection and Non-central Line Associated Bloodstream Infection) 2018
16. F. Pediconi (PF Risorse Umane e Formazione - Servizio Sanità), Giugno 2019, Vademecum Sull'educazione Continua In Medicina (Ecm) Del Professionista Sanitario, Regione Marche
17. REGIONE MARCHE GIUNTA REGIONALE SEDUTA DEL 18/12/2017 deliberazione della giunta regionale DELIBERA 1501 adunanza n. _168_ legislatura n. __x__
18. Ministero della Salute, dipartimento della qualità direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema ufficio III, 2011, L'Audit Clinico
19. Agenas, 13 gennaio 2010, Criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM approvato dalla Commissione nazionale per la formazione continua
20. Le raccomandazioni della Siquas, Vrq sull'Audit Clinico, Settembre 2014, Che cosa dice la letteratura?

21. Perraro. F.,2008, Audit clinico nella pratica, emergency care journal - organizzazione, clinica, ricerca, Anno IV numero IV
22. Amanda J Ullman, Marie Cooke, Tricia Kleidon, Claire M Rickard, 2016, Road map for improvement: Point prevalence audit and survey of central venous access devices in paediatric acute care, Journal of Paediatrics and Child Health, doi:10.1111/jpc.13347
23. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA & Rubin HR Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. Journal of the American Medical Association. 1999; 282, 1458–65.
24. Grimshaw, J., Eccles, M. & Tetroe J., Implementing clinical guidelines: current evidence and future implications. Journal of Continuing Education in the Health Profession 2004; 24, S31–7.
doi:10.1002/chp.1340240506
25. Abrahamson, K. A., Fox, R. L., & Doebbeling, B. N. Original Research. AJN, American Journal of Nursing 2012; 112(7), 26–35.
doi:10.1097/01.naj.0000415957.46932.bf
26. Goossens A, et al. Physicians and nurses focus on different aspects of guidelines when deciding whether to adopt them: an application of conjoint analysis. Med Decis Making 2008; 28(1):138-45
27. Frigerio, S., Di Giulio, P., Gregori, D., Gavetti, D., Ballali, S., Bagnato, S., Renga, G. Managing peripheral venous catheters: an investigation on the efficacy of a strategy for the implementation of evidence-based guidelines. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2012; 18(2), 414–19
28. Uslusoy E. & Mete S., Predisposing factors to phlebitis in patients with peripheral intravenous catheters: a descriptive study. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 2008; (20), 172–80
doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00305.x.
29. O'Grady, N. P., Mermel, L. A., Allon, M., Bouza, E., Craven, D. E., Flynn, P., Warren, D. K., Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Intravascular Catheter-Related Infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clinical Infectious Diseases 2009; 49(1), 1–45.
doi: 10.1086/599376
30. A.Hay, 2006, Audit in infection control, Journal of Hospital Infection, 62, 270–277
doi:10.1016/j.jhin.2005.09.008

31. Kent B, Hutchinson AM & FineoutOverholt E., Getting evidence into practice- understanding knowledge translation to achieve practice change. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2009; (6), 183-85
32. G.Alessandrini, 2016, Nuovo manuale per l'esperto dei processi formativi

Sitografia:

33. C. della Pietà, 2017, NurseTimes - Giornale di informazione Sanitaria

ALLEGATI

Allegato 1



DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA

Direttore Dipartimento
Prof. A. Gabrielli

Coordinatore Dipartimento
Dott. A. Toccaceli

Formazione sul campo – Audit clinico **La qualità della documentazione**

PRESENTAZIONE

Gli accessi venosi centrali (CVAD) vengono posizionati per fornire un'ampia gamma di terapie intravenose: dalla somministrazione a medio/lungo termine della nutrizione parenterale all'infusione acuta di farmaci vescicanti per pazienti in condizioni critiche, e la somministrazione prolungata di terapie antitumorali. I pazienti che richiedono questi trattamenti sono spesso anziani, molto giovani o hanno condizioni di salute croniche.

L'aderenza alle raccomandazioni delle migliori pratiche è fondamentale per minimizzare le complicanze legate alla manutenzione degli CVAD come infezioni catetere-correlate, dislocazione del catetere e trombosi. Una vasta gamma di linee guida basate sulle evidenze internazionali sono disponibili per dirigere la cura degli CVAD nel tentativo di prevenire le complicanze.

Per ridurre la morbilità e la mortalità, i professionisti che gestiscono questi dispositivi devono essere ben educati su potenziali complicanze e le strategie necessarie per ridurle.

Gli infermieri hanno la responsabilità di educare i pazienti in relazione a vari aspetti e di tenersi aggiornati. Varie strategie di insegnamento sono utilizzate per aumentare il know-how, come conferenze, dimostrazioni, discussioni e autoeducazione.

Il CDC suggerisce che l'implementazione di educazione e di programmi di formazione per gli operatori sanitari possono influenzare positivamente la dimensione dei tassi di infezioni acquisite in ospedale.

L'Audit Clinico, uno degli strumenti principali nella strategia del Governo Clinico, è un processo ciclico di miglioramento della qualità delle cure il quale si basa sulla revisione sistematica della documentazione clinica. L'obiettivo è di garantire che i pazienti possano ricevere la migliore

assistenza sanitaria possibile responsabilizzando la leadership delle aziende sanitarie a superare la dissociazione che esiste tra le componenti gestionali amministrativa e clinica (clinical audit in practise). L'impegno è di sostenere anche la formazione continua, l'efficacia clinica, la gestione del rischio, la ricerca e sviluppo, la trasparenza che sono le altre componenti fondamentali della Clinical Governance. Poiché l'audit fa parte del governo clinico, per valutare se i pazienti stiano ricevendo la migliore qualità delle cure è per noi essenziale misurare la pratica assistenziale, per sapere quando dobbiamo modificarla. L'audit ci offre il migliore strumento disponibile per raggiungere questo obiettivo. L'audit clinico può essere descritto come un processo sistematico ciclico o a spirale con l'obiettivo finale di migliorare l'assistenza erogata. L'immagine rappresentativa della spirale suggerisce che con la continuazione del processo ciascun ciclo aspira a un livello di qualità più elevato.

All'interno delle SOD di Clinica di Ematologia e Chirurgia Generale, dopo una osservazione longitudinale della documentazione assistenziale dell'anno 2019, è emersa la necessità di riflettere da parte dell'équipe assistenziale sulla migliore EBP da applicare per la migliore gestione degli accessi venosi centrali, sia in termini di pratica clinica che di corretto utilizzo della documentazione assistenziale in utilizzo.

L'équipe assistenziale rifletterà quindi attraverso lo strumento dell'audit sui comportamenti virtuosi da enfatizzare e su quelli critici da migliorare per garantire un migliore raggiungimento degli obiettivi di salute per la persona assistita.

OBBIETTIVI PRINCIPALI

- Applicazione delle migliori evidenze scientifiche nella gestione e nel monitoraggio degli accessi venosi centrali.
- Valutazione dell'outcome al termine del ciclo di Audit in termini di complicanze connesse alla gestione del dispositivo di accesso venoso centrale (CVAD)

OBBIETTIVI SPECIFICI:

- Apprendere la metodologia dell'audit clinico per la corretta gestione degli accessi venosi centrali, prevenendo le complicanze
- Acquisire competenze nella consultazione delle banche dati internazionali per il reperimento della letteratura scientifica appropriata
- Apprendere le migliori evidenze scientifiche attuali in merito alla corretta gestione degli accessi venosi centrali

- Applicare la migliore pratica clinica nel lavoro quotidiano
- Sviluppare capacità di confronto e di discussione all'interno dell'équipe
- Migliorare l'utilizzo della documentazione assistenziale
- Monitorare le complicanze relative a una scorretta gestione degli accessi venosi centrali e saperle gestire correttamente

OBIETTIVO FORMATIVO:

1. Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'Evidence Based Practice.

DURATA DEL PROGETTO: n. 10 incontri di 2 ore cad., per un totale di n. 20 ore - periodo di svolgimento: gennaio-dicembre 2021

DESTINATARI: Infermieri delle SOD CLINICA EMATOLOGICA e SOD CLINICA CHIRURGICA GENERALE (max 20 partecipanti)

Descrizione argomenti	Gruppo di lavoro
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conoscenza ed approfondimento della metodologia dell'Audit clinico 2. Sulla base del problema clinico oggetto dell'Audit, individuazione del campione di pazienti/documentazione infermieristica da analizzare. 3. Identificazione del set di informazioni rilevanti da raccogliere al fine dell'attuazione del ciclo di Audit programmato. 4. Identificazione degli standard/indicatori di riferimento. 5. Analisi dei dati raccolti ai fini di un confronto con gli standard di riferimento. 6. Definizione delle opportune strategie di miglioramento 7. Valutazione degli interventi attuati per ottenere e/o sostenere il miglioramento (valutazione dell'outcome) 	<p>Attuazione Audit clinico nella SOD Clinica Ematologica e SOD di Chirurgia.</p> <p>n.20 infermieri</p> <p>n. 10 incontri di n.2 ore ciascuno</p>

SEDE DEL CORSO	SOD CLINICA EMATOLOGICA e SOD CLINICA CHIRURGICA GENERALE
DIRETTORE DEL CORSO	Dott. Andrea Toccaceli - Coordinatore Dipartimento Med. Interna
RESPONSABILE FSC	Dott. Andrea Toccaceli - Coordinatore Dipartimento Med. Interna
RESPONSABILE SCIENTIFICO	Dott. Andrea Toccaceli - Coordinatore Dipartimento Med. Interna
SEGRETERIA DIDATTICA	CPSI Giulia Ferracuti
FORMAZIONE SUL CAMPO	Audit clinico
MATERIALE DIDATTICO	Documenti e Bibliografia ad hoc
METODOLOGIA DIDATTICA	Applicazione del processo di Audit clinico
VERIFICA APPRENDIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione del Responsabile FSC - Valutazione finale di gradimento - Analisi statistica della gestione della scheda assistenziale relativa agli accessi vascolari. - Valutazione dei miglioramenti apportati alla scheda assistenziale ed alla gestione della stessa: corretta gestione della documentazione assistenziale
CREDITI FORMATIVI	n. 20

Allegato 2

Scheda valutazione conoscenze/competenze

1. Quali interventi posso mettere in atto per tentare la disostruzione di un CVC occluso, In modo corretto?

2. L'ago di Huber (detto ago Gripper) si dice "NON- carotante" in quanto..

3. Quando un CVC non viene temporaneamente utilizzato deve essere eparinato per prevenire l'occlusione, anche in presenza del tappino di chiusura "con valvola a pressione positiva". VERO FALSO

4. In presenza del tappino di chiusura "con valvola a pressione positiva", dopo il lavaggio con manovra "pulsante", è necessario chiudere il morsetto per evitare il ritorno del sangue.

VERO FALSO

5. La via distale, in quanto di maggiore diametro, viene usata per i prelievi ematici e l'infusione di emoderivati. VERO FALSO

6. Per disostruire un'ostruzione da coagulo è indicato utilizzare Soluzione Fisiologica. VERO FALSO

7. Se durante la medicazione, il catetere fuoriesce accidentalmente di alcuni centimetri non deve mai essere reinserto ma sostituito su filo guida.

VERO FALSO

8. Se l'exit site presenta sangue o pus, rimuovere il materiale presente con acqua ossigenata, successivamente lavare con Soluzione Fisiologica per neutralizzare l'azione dell'acqua ossigenata.

VERO FALSO

9. L'urokinasi viene usata prevalentemente per disostruire il CVC da coaguli /trombi.

VERO FALSO

10. I CVC a punta chiusa non consentono il prelievo ma solo l'infusione.

VERO FALSO

11. Per le emocolture da CVC, non scartare nulla ma inviare per analisi anche il primo sangue prelevato.

VERO FALSO

12. Sostituire le linee infusionali per somministrazione continua non più frequentemente di 24 ore.

VERO FALSO

Allegato 3

Bundle EPIC 2014 relativo agli interventi fondamentali al momento dell'impianto e interventi gestionali:



Allegato 4

Bundle GAVeCeLT



