



3/2024

Periodico di informazione
a cura di ANIPIO
Società Scientifica Nazionale
Infermieri Specialisti del Rischio Infettivo



In questo numero

Speciale. *Gli abstract degli interventi dei relatori
al Convegno triennale Anipio*

Letto per voi. Complicanze associate al dispositivo in terapia intensiva

Letto per voi. Bundle per la gestione dell'epidemia da *Acinetobacter baumannii* resistente ai carbapenemi in terapia intensiva

Studi. La stewardship antibiotica e l'introduzione
della richiesta motivata nell'esperienza del Santa Croce di Cuneo:
uno studio pilota

Studi. Hand Analisi della prevenzione
del rischio biologico nel servizio emergenza-urgenza 118 Asl foggia:
un'indagine conoscitiva

... e altro ancora

ANIPIO



Comitato di redazione

DIRETTORE: GIULIA ADRIANO

COMITATO DI REDAZIONE: MARIA MONGARDI (VICE-DIRETTORE)

DANIELA BENDANTI

GIOVANNI CIVILE

MAURIZIO MORENO FATTORI

ERMAN LORENZIN

TIZIANA LAZZAROTTO

ILARIA CAMPAGNA

SILVIA GONELLA

EMANUELE MATTEINI

BEATRICE MEUCCI

MARGHERITA ROSSI

CARLO TASCINI

EDITING E IMPAGINAZIONE: BARBARA PALTRINIERI

ORIENTAMENTI N.3 – NOVEMBRE 2024

© ANIPIO 2024. Tutti i diritti riservati.

La riproduzione, in parte o totale, o la traduzione di questo documento sono consentite a condizione che venga citata la fonte e che la distribuzione non avvenga a fini di lucro o congiuntamente a prodotti commerciali.



www.anipio.it



sommario 3/2024

Editoriale
pag. 4



di *Giulia Adriano*

Letto per voi
pag. 5



L'adesione all'igiene delle mani oltre l'ospedale

a cura di *Gallipacciorino S*

Letto per voi
pag. 7



Complicanze associate al dispositivo in terapia intensiva

a cura di *Carraro G, Volpon A*

Letto per voi
pag. 13



Bundle per la gestione dell'epidemia da *Acinetobacter baumannii* resistente ai carbapenemi in terapia intensiva

a cura di *Rossi M*

Studi
pag. 17



Analisi della prevenzione del rischio biologico nel servizio emergenza-urgenza 118 Asl foggia: un'indagine conoscitiva

Vainella G, Angelini G

Studi
pag. 22



La stewardship antibiotica e l'introduzione della richiesta motivata nell'esperienza del Santa Croce di Cuneo: uno studio pilota

Lorenzin E, Mondini M, Caldano E, Sordella F

Speciale
Convegno Bari 2024

Pagina 27

Infection Control Oltre l'ospedale. Il Convegno triennale ANIPIO

Abstract dei contributi dei relatori



A cura di **Giulia Adriano**, direttore Orientamenti

editoriale

Carissimi soci e lettori,

il nuovo numero di "Orientamenti" segna un momento di riflessione e crescita per la nostra comunità di professionisti. In un contesto sanitario in continua evoluzione, segnato dagli strascichi della pandemia di COVID-19 e dalla crescente incidenza di infezioni correlate all'assistenza (ICA), è fondamentale rimanere aggiornati e formati.

All'interno di questo numero, troverete articoli che trattano in dettaglio le complicanze associate ai dispositivi in terapia intensiva, le migliori pratiche di igiene e disinfezione, e gli approcci innovativi per la gestione delle infezioni. In particolare, il nostro *Speciale sul Convegno ANIPIO di Bari 2024* offre un'ampia panoramica delle ultime ricerche e delle esperienze pratiche condivise dai relatori, che hanno messo in luce l'importanza della collaborazione tra professionisti e l'integrazione di nuove tecnologie nella pratica clinica. Troverete i poster vincitori della sessione dedicata e il Qr code per accedere alla pagina del sito web Anipio con le presentazioni dei relatori

Inoltre con grande entusiasmo, accogliamo il neoeletto Consiglio Direttivo ANIPIO (*i dettagli online www.rischioinfezioso.it*). Questo nuovo team rappresenta non solo un cambiamento di leadership, ma anche un'opportunità per rilanciare il dialogo e la collaborazione tra i professionisti.

In un contesto in continua evoluzione, caratterizzato da sfide e opportunità senza precedenti, il nuovo Consiglio Direttivo è chiamato a promuovere innovazione e inclusione, garantendo che le esigenze e le aspettative della comunità scientifica e dei soci siano al centro delle decisioni strategiche. La diversità di esperienze e competenze dei nuovi membri sarà certamente un valore aggiunto, capace di arricchire il dibattito e di stimolare iniziative concrete.

È inoltre essenziale che ANIPIO continui a essere un punto di riferimento nella formazione e nella promozione delle migliori pratiche, sostenendo la crescita professionale dei propri associati e contribuendo al miglioramento della qualità del servizio. Siamo fiduciosi che, sotto la guida del nuovo Consiglio Direttivo, si possano affrontare le sfide future con determinazione e visione.

Orientamenti in questo senso sarà lo strumento per promuovere e supportare la disseminazione delle iniziative che verranno promosse.

Ringrazio tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione di questo numero, dal comitato di redazione agli autori, per il loro impegno e la loro passione nel promuovere una cultura della sicurezza e dell'eccellenza nell'assistenza infermieristica. Spero che le letture offerte vi stimolino a riflettere e a mettere in pratica quanto appreso, per continuare a fare la differenza nella vita dei nostri pazienti.

Buona lettura e buone feste a tutti!



Infection Control Oltre l'ospedale

Il convegno triennale ANIPIO

Absract dei contributi dei relatori

Indice:

1. *Nuovi modelli organizzativi territoriali: implicazioni per i programmi di prevenzione e controllo delle infezioni*
2. *La gestione della sepsi: quando ognuno fa la sua parte*
3. *Il profilo di ruolo e percorso formativo dell'Infection Control Link Nurse (ICLN)*
4. *La simulazione traslazionale nei programmi di prevenzione e controllo delle infezioni*
5. *Formazione sulle infezioni correlate all'assistenza: un approccio alternativo*
6. *Formazione post-base ed avanguardia nell'ambito dell'infection control*
7. *Relazione tra leadership, variabili di contesto organizzativo e processi di pensiero degli operatori sanitari rispetto alle infezioni correlate all'assistenza*
8. *Ruolo degli infermieri nella stewardship antimicrobica: barriere, facilitatori e promozione del cambiamento. Una meta sintesi*
9. *Esperienza di IPC in ospedale*
10. *Assistenza domiciliare dei bambini nel percorso di fine vita prevenzione delle ICA*
11. *Nuove sfide del rischio infettivo nell'ambito pediatrico*
12. *Integrazione professionale tra ospedale e territorio: quale modello organizzativo?*
13. *Lo studio CORNICE: risultati preliminari di un'indagine trasversale*
14. *Buona pratica di igiene delle mani e supporto della tecnologia: i risultati di uno studio multicentrico*
15. *Trial Multicentrico Igiene Fast: risultati preliminari*
16. *Network ANIPIO-EUROPA*
17. *ISRI TERRITORIALE: le Core competencies*
18. *Conoscenza, competenze e consapevolezza degli studenti di area sanitaria rispetto all'Antimicrobial Stewardship: risultati preliminari di una Scoping Review*
19. *Strategie di intervento per la prevenzione delle complicanze infettive correlate ai dispositivi vascolari*
20. *POSTER SESSION*



Le presentazioni dei relatori e i poster presentati sono disponibili online sul sito Anipio in Area Riservata per i soci.

Per accedere inquadrare il QRcode a lato

Nuovi modelli organizzativi territoriali: implicazioni per i programmi di prevenzione e controllo delle infezioni

Martini Lorena, Direttore UOC Formazione ECM AGENAS - Roma

A seguito della Pandemia da COVID-19, che ha duramente colpito il nostro Paese, evidenziando gli attuali limiti del sistema sanitario italiano, è stato approvato il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per rilanciare l'economia e promuovere al contempo salute, sostenibilità e innovazione digitale, assegnando alle singole amministrazioni le risorse finanziarie per l'attuazione degli interventi programmati.

In particolare, la Missione 6 salute (M6) contiene gli interventi a titolarità del Ministero della Salute, suddivisi in due Component (C). La Component 1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale definisce un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che mira a una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze. Uno degli obiettivi del PNRR, infatti, è garantire la continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità tali da comportare il rischio di non autosufficienza, da realizzarsi anche attraverso l'integrazione tra il servizio sociale e quello sanitario.

La Component 2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario ha come obiettivi principali l'aggiornamento tecnologico e digitale, la formazione, la ricerca scientifica e il trasferimento tecnologico. Spetta ad Agenas, quale tramite del Ministero della Salute, l'attuazione degli interventi relativi alla M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. A tal fine occorre mirare ben oltre il ripristino dell'organizzazione sanitaria e sociosanitaria pre-emergenza pandemica e, anzi, è necessario trarre spunto da quanto verificatosi per imprimere il cambiamento che da anni tutti gli stakeholder impegnati nel SSN auspicano. La pandemia ha acuito le già note disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, evidenziando le criticità organizzative nella presa in carico dei pazienti, soprattutto con riferi-

mento all'assistenza territoriale. Il nuovo assetto istituzionale e organizzativo dell'assistenza sanitaria territoriale, definito con D.M. 23 maggio 2022, n. 77, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22 Giugno 2022, avente ad oggetto il "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", consentirà al SSN di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con le migliori pratiche europee.

La gestione della sepsi: quando ognuno fa la sua parte

Meucci Beatrice, Referente Regionale ANIPIO per la Regione Toscana

La sepsi è una patologia tempo correlata identificata come una disfunzione d'organo dovuta ad una risposta incontrollata dell'ospite all'infezione, e che mette in pericolo la vita. (1) Ogni anno si verificano dai 47 ai 50 milioni di caso e causa un decesso su cinque nel mondo. (2) I fattori di rischio della sepsi sono l'età, malattie croniche, pazienti immunodepressi, malnutrizione, portatori di devices invasivi, prolungata ospedalizzazione, traumi, ustioni e chirurgia maggiore. Proprio a causa della complessità di tale patologia e la possibilità di prevenirla intervenendo sui fattori di rischio, l'infermiere gioca un ruolo essenziale. Proprio come citato nel profilo professionale D.M. 14 settembre 1994, n. 739, l'infermiere con il suo lavoro ha l'obiettivo di prevenire i possibili fattori di rischio, nel caso della sepsi, quale malnutrizione, gestione delle ustioni, gestione dei devices secondo le best practice. (3)

La Regione Toscana nel 2019 ha redatto un documento dal titolo "Call to action- lotta alla sepsi" per riassumere le indicazioni internazionali in materia di sepsi, in particolare ha tradotto il bundle sepsi definendolo Sepsis Six +1 che comprende sette azioni applicabili tra 1 ora e 3 ore dalla diagnosi di sepsi (4):

- Ossigenoterapia;
- Emocolture;
- Terapia antibiotica;
- Lattati;

- Fluidi;
- Diuresi;
- Controllo chirurgico della fonte infettiva (entro le 6 ore).

Dalla letteratura sappiamo che l'80% dei casi di sepsi avviene al di fuori dell'ospedale, per questa ragione la sepsi va affrontata da più contesti. (4) La sepsi deve essere riconosciuta e trattata non solo dell'infermiere di area critica ma anche dagli infermieri di bassa e media intensità, dai professionisti dell'emergenza-urgenza e soprattutto dall'infermiere di famiglia e comunità.

L'infermiere di Centrale Operativa 118, durante la ricezione della chiamata di soccorso deve essere in grado di identificare il sospetto di sepsi, attraverso il "Dispatch Regione Toscana": questo permette una corretta strutturazione della ricezione della chiamata di soccorso, confermando la geo-localizzazione del chiamante e raccogliendo le informazioni sanitarie quali sintomatologia principale, stato di coscienza, respiro, circolo e stato neurologico, tempo di insorgenza dei sintomi, terapia farmacologica in atto e patologie eventualmente già esistenti.

Inoltre, fin da subito, deve essere in grado di ricercare gli indicatori di sospetta sepsi, quale percorso tempo-dipendente. Successivamente sarà il triagista del pronto soccorso che dovrà individuare il giusto codice di priorità per il paziente: seguendo l'algoritmo decisionale idoneo, segni e sintomi riconducibili alla sepsi e utilizzando scale di valutazione come lo shock index e il Q-SOFA. Questo permette di assegnare al paziente il giusto percorso all'interno dell'area di Alta Intensità del pronto soccorso nel rispetto del Percorso Tempo-Dipendente.

Allo stesso tempo durante il trasferimento in terapia intensiva verrà monitorizzato e valutato il paziente attraverso la scala di valutazione Q-SOFA che al letto del paziente che indaga tre parametri vitali, ovvero la saturimetria, la frequenza respiratoria e la pressione arteriosa sistolica. Durante invece la degenza in bassa intensità di cura sarà la scala NEWS-2 a supportare l'infermiere nella rivalutazione del paziente. Sarà infine, l'infermiere di famiglia e comunità a prendere in carico il paziente al momento delle dimissioni ospedaliere. L'obiettivo del nostro intervento è stato quello di sottolineare come la sepsi sia una patologia tempo dipendente e come

necessiti di una formazione e di un team multispecialistico per garantire la qualità e sicurezza delle cure.

Riferimenti bibliografici

1. Fernando SM, Rochweg B, Seely AJE. Clinical implications of the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *CMAJ*. 2018 Sep 10;190(36):E1058-E1059. doi: 10.1503/cmaj.170149. PMID: 30201611; PMCID: PMC6131078.
2. Evans L et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Med*. 2021 Nov;47(11):1181-1247. doi: 10.1007/s00134-021-06506-y. Epub 2021 Oct 2. PMID: 34599691; PMCID: PMC8486643.
3. Ministero della Salute, D.M. 14 settembre 1994, n.739, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. (GU Serie Generale n.6 del 09-01-1995), 1994
4. Agenzia regionale di sanità- Toscana, Lotta alla sepsi. Call to action,2019,<https://www.ars.toscana.it/2-articoli/4091-lotta-alla-sepsi-call-to-action-documento-di-indirizzo.html>

Il profilo di ruolo e percorso formativo dell'Infection Control Link Nurse (ICLN)

O. Valentini; C.Loss; G. Carraro; C. Di Francesco; M. Mongardi, Anipio

Introduzione. Gli Infection control link nurse sono definiti infermieri praticanti con un interesse dichiarato in una specialità e un collegamento formale con i membri del team. Sono riconosciuti per la loro leadership a livello locale per la prevenzione e controllo delle infezioni (IPC) e per la loro funzione e contributo specifico. Tali ruoli supportano le strategie di sicurezza delle persone assistite tramite la diffusione della conoscenza e delle best practices nei contesti di cura con il supporto del Team IPC. Il ruolo, si realizza nei team multidisciplinari tramite la responsabilizzazione e il coinvolgimento nell'IPC dei professionisti. La letteratura sottolinea la sua identificazione su base volontaria in soggetti che presentano alcune attitudini ad es. una naturale propensione al cambiamento; un interesse per l'IPC; non giudicante; inclusivo; riflessivo; ricettivo ai feedback; autorevole, assertivo.

Materiali e metodi: Partendo dalla revisione della

letteratura, il profilo di ruolo è stato descritto utilizzando il modello sperimentato da Ce.Ri.S.Ma.S. (Centro di Ricerche e Studi in Management sanitario, Università Cattolica del Sacro Cuore- Milano) che ha consentito di definirne finalità, responsabilità e competenze proprie. Sono così stati definiti: cosa si deve sapere/conoscere (INPUTS), che corrispondono alle conoscenze tecnico professionali; competenze ovvero come ci si deve comportare (THROUGHPUT), identificando quelle prioritariamente strategiche e per le quali va sviluppato un dizionario di competenze, attribuendo un significato alla competenza e declinando i livelli con punteggio e descrittori puntuali; processi organizzativi, il cosa si deve realizzare (PROCESS), ovvero ciò di cui risponde quel ruolo; contribuzione e quindi performance da realizzare (OUTPUT), identificando indicatori trasversali e specifici.

Particolare attenzione è stata posta alla verifica delle coerenze tra quanto declinato in queste quattro aree.

Ogni competenza è stata poi descritta e declinata in livelli con i relativi descrittori. Le competenze descritte nel profilo di ruolo sono state successivamente correlate con i descrittori di Dublino, ovvero la descrizione dei risultati previsti al termine di un percorso di apprendimento, ed è stato ipotizzato un percorso di formazione riconoscibile anche a livello universitario.

Risultati: Identificati gli output generali e specifici e 3 processi organizzativi di cui l'ICLN è responsabile: IPC; migliorare la pratica clinica nel contesto operativo; promuovere le reti che supportano il ruolo. Le competenze strategiche sono state ricondotte a: Impatto, Influenza, Governo della qualità, Consapevolezza Organizzativa, Trasferimento di know-how, Team Leadership, Networking. Le competenze descritte nel profilo di ruolo sono state correlate ai descrittori di Dublino per definire il percorso formativo teorico pratico di 100 H. con acquisizione di CFU spendibili in corsi universitari di I/II livello. Il corso si avvale dell'approccio multidisciplinare, metodologie attive e di valutazione ad esse congruenti.

Riferimenti bibliografici

- Bologna Process, 1999; S.Baraldi, et al. 2015, Innovazione organizzativa e ruoli emergenti in sanità, McGraw-Hill, Milano;
- Dekker M, et al. Evaluation of an infection control link nurse program: an analysis using the RE-AIM framework. BMC Health Serv Res. 2023;
- RCN The role of the link nurse in infection prevention and control, 2023

La simulazione traslazionale nei programmi di prevenzione e controllo delle infezioni

Capogna Emanuele, Consigliere Società Italiana di Simulazione in Medicina (SIMMED)

La simulazione è una tecnica o un metodo che consente di creare esperienze che mimano i processi e le condizioni del mondo reale per raggiungere uno o più obiettivi formativi, e rappresenta uno strumento essenziale per garantire proattivamente una riduzione del rischio clinico. Nell'ambito della prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere la simulazione è stata già ampiamente utilizzata, permettendo un miglioramento delle misure di prevenzione delle infezioni, una riduzione dei tassi di infezioni associate all'assistenza e una diminuzione dei costi sanitari. La metodologia è stata utilizzata principalmente per formare il personale sanitario su alcuni argomenti come: l'igiene delle mani, le precauzioni standard, la preparazione ai disastri, la gestione delle infezioni del flusso sanguigno associata alla linea centrale (CLABSI) e delle infezioni del tratto urinario associate a catetere (CAUTI), la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico e la prevenzione della polmonite associata alla ventilazione. Recentemente è stato introdotto il concetto di simulazione traslazionale, come metodica che si occupa di applicare le attività di simulazione per ottenere miglioramenti tangibili nella cura e sicurezza dei pazienti, concentrandosi sui risultati ottenuti piuttosto che sui dettagli metodologici. La simulazione traslazionale si pone come una nuova frontiera con cui ottenere soluzioni, per la crescente complessità dell'assistenza sanitaria. La simulazione traslazionale può essere diagnostica, cioè progettata per identificare e affrontare errori latenti, oppure

interventistica, per migliorare direttamente i risultati attraverso una formazione mirata. Le strategie di questa tipologia di simulazione hanno un impatto maggiore quando sono integrate con i processi di governance clinica e di miglioramento della qualità di un'organizzazione, con la riprogettazione e la pianificazione dei lavori in conto capitale, con l'istruzione e la formazione del personale, con l'acquisto di attrezzature e con le relazioni pubbliche. Dal punto di vista metodologico, la simulazione trasazionale risponde a tre domande: 1. Cosa stiamo cercando di ottenere? 2. Come faccio a sapere se un cambiamento porta a un miglioramento? 3. Quali cambiamenti potremmo apportare per ottenere un miglioramento? La simulazione trasazionale può essere, quindi, concepita operativamente con un framework input-process-output (IPO). Il modello iterativo input-process-output offre un approccio operativo per applicare obiettivi, approcci e strumenti diversi per risolvere problemi del mondo reale. I principi guida e le tecniche pratiche si basano sull'educazione basata sulla simulazione, sui fattori umani/ergonomia e sul miglioramento della qualità.

Riferimenti bibliografici

- Kang M, Nagaraj MB, Campbell KK, et al. The role of simulation-based training in healthcare-associated infection (HAI) prevention. *Antimicrob Steward Healthc Epidemiol.* 2022;2(1):e20. Published 2022 Feb 7.
- Nickson CP, Petrosoniak A, Barwick S, Brazil V. Translational simulation: from description to action. *Adv Simul (Lond).* 2021;6(1):6. Published 2021 Mar 4.
- Brazil V, Reedy G. Translational simulation revisited: an evolving conceptual model for the contribution of simulation to healthcare quality and safety. *Adv Simul (Lond).* 2024;9(1):16. Published 2024 May 8

Formazione sulle infezioni correlate all'assistenza: un approccio alternativo

Mantengoli Elisabetta, Regione Toscana, Settore Assistenza Ospedaliera, Qualità e Reti cliniche - Direzione Sanità, Welfare e coesione sociale

La Regione Toscana, nell'ambito della formazione PNRR ICA, ha sviluppato un approccio innovativo per migliorare la prevenzione e il controllo delle

infezioni tra operatori sanitari e socio-sanitari. Per la formazione a distanza (FAD), ha utilizzato la strategia Game Based Learning, che favorisce l'apprendimento tramite il gioco. I moduli trattano precauzioni standard, aggiuntive e prevenzione mediante bundle. La formazione residenziale impiega l'apprendimento esperienziale, con quattro scenari clinici realistici. È in sviluppo un software di simulazione in realtà virtuale per formare gli operatori sulla gestione delle infezioni e dei casi di sepsi/shock settico.

Formazione post-base ed avanguardia nell'ambito dell'infection control

Ronco Monica, Referente per la Formazione (ANIPIO)

La formazione rappresenta un elemento focale nella vita di ciascun di noi. Crescere, integrarsi, migliorarsi sono solo alcuni degli obiettivi cui mira lifelong learning e soprattutto nella nostra professione, in continua evoluzione, questi elementi sono vitali per garantire un'assistenza di qualità e la sicurezza nelle cure, a maggior ragione se pensiamo alle competenze e conoscenze che sono proprie di questa categoria nell'ambito dell'Infection Risk in epoca post-pandemica. Vi sono però alcuni elementi di criticità, alcuni legati alla formazione di base (l'"inverno demografico", le competenze di ingresso degli studenti infermieri, la scarsa appetibilità della professione che stiamo vivendo in questo momento), altri legati alla contraddizione tra offerta formativa post-base crescente e percorsi di carriera, altri ancora inerenti la formazione in-service. Un approccio multi-level dei percorsi formativi è necessario per mantenere diversificati gli obiettivi formativi in dipendenza del setting di azione dell'infermiere, se in reparto o come link nurse o ancora come infermiere specialista. Quali dunque le sfide future nella formazione post-base?

Relazione tra leadership, variabili di contesto organizzativo e processi di pensiero degli operatori sanitari sulle ICA

Cappelli Eva, Segretaria ANIPIO, Phd student, Università degli studi di Tor Vergata Roma; Clinical Research Assistant (CRA), Università degli studi di Verona

La leadership deve capitalizzare la diversità all'interno dell'organizzazione nel suo complesso e utilizzare in modo efficiente le risorse quando si progettano processi di gestione, incoraggiando al contempo il personale a lavorare verso obiettivi comuni. I leader infermieristici efficaci ispirano una visione collettiva, promuovono la collaborazione e garantiscono la massima qualità dell'assistenza ai pazienti. Questi leader sono il fondamento delle organizzazioni sanitarie e di comunità rappresentano la voce dei pazienti, delle famiglie e degli infermieri e attraverso la loro advocacy, stimolano trasformazioni positive aprendo la strada all'eccellenza nell'assistenza sanitaria.

Come leader e stakeholder di questi processi clinici ed assistenziali riconosciamo l'importante ruolo delle diverse società scientifiche infermieristiche, mediche e multidisciplinari, ed in particolare quello di ANIPIO, la cui missione è sempre stata quella di "promuovere la sicurezza delle cure e sostenere i professionisti impegnati nel contrastare le infezioni correlate all'assistenza". A tal proposito, ANIPIO negli ultimi anni ha cercato attraverso la ricerca, la formazione e le collaborazioni nazionali di favorire quanto da lei enunciato e sempre in linea con le più aggiornate evidenze scientifiche.

In conclusione, si rende necessario rendere tangibile i benefici derivanti da una leadership efficace e favorire una redistribuzione concatenata tra tutti i professionisti coinvolti attivamente nei processi decisionali ed organizzativi che interessano la presa in carico del paziente adulto e pediatrico ospedalizzato e non.

Ruolo degli infermieri nella stewardship antimicrobica: barriere, facilitatori e promozione del cambiamento. Una meta sintesi

Volpon Alessandra, ULSS 1 Dolomiti, Ospedale Santa Maria del Prato, Feltre

L'obiettivo di questa metasintesi è valutare le conoscenze degli infermieri sull'antimicrobial stewardship (AMS) e analizzare la loro percezione rispetto alle barriere e i facilitatori che influenzano la loro presenza nei programmi di stewardship. Introduzio-

ne: L'antimicrobial stewardship è un insieme coordinato di azioni specifiche volte a promuovere l'uso appropriato degli antibiotici nel contesto sanitario. Il suo obiettivo principale è ottimizzare gli outcomes per i pazienti e preservare l'efficacia degli antibiotici per il futuro. L'infermiere riveste un ruolo cruciale nell'AMS, ma spesso il suo coinvolgimento è influenzato da politiche nazionali, programmi AMS esistenti, contesti organizzativi e formazione. Designo: È stata eseguita una revisione sistematica degli studi qualitativi seguita da una metasintesi. Metodi: Questa revisione ha seguito la metodologia Joanna Briggs Institute (JBI) per le revisioni sistematiche delle evidenze qualitative. Sono stati inclusi studi degli ultimi cinque anni, individuati attraverso la ricerca nelle banche dati PubMed, CINAHL, Embase, PsycINFO e Google Scholar. Gli studi individuati sono stati valutati criticamente con la checklist CASP. Diciannove articoli hanno soddisfatto i criteri di inclusione, rappresentando i cinque continenti. Risultati: Dall'analisi degli studi sono state identificate sei tematiche ricorrenti (metasintesi) in merito al vissuto, alle opinioni ed alle esperienze degli Infermieri intervistati rispetto al ruolo della propria professione nei programmi di AMS. Le metasintesi identificate sono: Programma AMS – Organizzazione, contesto e risorse – Formazione, conoscenze e educazione- Comunicazione e relazione – Utilizzo antibiotici– Ruolo infermieri. Conclusioni: L'infermiere ad ogni livello della professione ricopre un ruolo cruciale nella stewardship antimicrobica. Sebbene il coinvolgimento attivo degli infermieri nella stewardship antibiotica necessiti di ulteriori approfondimenti e ricerche, tale argomento risulta essere esplorato a livello internazionale. La letteratura in materia analizza il fenomeno maggiormente da un punto di vista quantitativo piuttosto che qualitativo e contestualizzato in setting ospedalieri piuttosto che territoriali.

Esperienza di IPC in ospedale

Pellicani Enza, Referente Regionale ANIPIO per la Regione Puglia

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA), insieme alla crescente resistenza antimicrobica, rappresen-

tano una delle principali sfide per la sanità pubblica, influenzando in modo significativo la qualità e la sicurezza delle cure. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riconosce le ICA come l'evento avverso più frequente e grave in ambito sanitario. Il Ministero della Salute ha recentemente incluso la morte causata o concausata da infezione correlata alle pratiche assistenziali nel protocollo degli eventi sentinella, obbligando le aziende sanitarie a monitorarle e segnalarle attraverso il sistema informativo SIMES. Investire in programmi di prevenzione delle ICA si dimostra un'azione strategica e lungimirante, con un ritorno significativo sia in termini di riduzione delle complicanze cliniche che di contenimento dei costi.

L'ASL di Taranto ha adottato una serie di strategie multimodali per contrastare questo fenomeno, includendo la creazione di un gruppo multidisciplinare, l'avvio di campagne di formazione per il personale sanitario, e l'implementazione di protocolli di sorveglianza attiva per monitorare le infezioni associate ai dispositivi medici. La formazione, centrata su pratiche come l'igiene delle mani e l'uso appropriato di dispositivi di protezione individuale, è considerata fondamentale per prevenire le ICA e combattere la resistenza antimicrobica, promuovendo una cultura della sicurezza e della responsabilità condivisa.

La sorveglianza ambientale e la corretta pulizia e disinfezione delle superfici sono altrettanto cruciali per ridurre il rischio di infezioni. Inoltre, il coinvolgimento emotivo degli operatori e la promozione del lavoro di squadra tra le diverse figure professionali si sono rivelati elementi determinanti per il successo di queste iniziative.

Assistenza domiciliare dei bambini nel percorso di fine vita prevenzione delle ICA

Festa Maria Gabriela, Referente Regionale ANIPIO per la Regione Lombardia

L'assistenza domiciliare dei bambini nel percorso di fine vita rappresenta un approccio fondamentale per garantire qualità di vita e dignità ai piccoli pazienti e alle loro famiglie.

Uno degli aspetti fondamentali della legge 38/2010 è l'aver previsto lo sviluppo di due reti distinte, che operano a livello regionale e locale, relative alle cure palliative (CP) e alla terapia del dolore (TD), prevedendo per l'ambito pediatrico una rete specifica ed unica CP-TD per l'età pediatrica.

In età pediatrica, i criteri di eleggibilità si declinano in rapporto alla peculiarità del paziente pediatrico (neonati, bambini e adolescenti) e alle patologie specifiche in causa. I bisogni, infatti, sono diversi a seconda dell'età e delle tappe della crescita; della molteplicità ed eterogeneità delle malattie tipiche dell'infanzia e del contesto familiare in cui il bambino/adolescente vive. Questo modello assistenziale si propone di alleviare il dolore e il disagio, promuovendo un ambiente familiare sereno e supportando i genitori nel difficile percorso di gestione della malattia.

La prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) è cruciale in questo contesto, poiché i bambini in fase terminale spesso presentano un sistema immunitario compromesso. Implementare misure rigorose di igiene e formazione del personale, insieme a strategie personalizzate di cura, è essenziale per ridurre il rischio di ICA e migliorare l'esperienza complessiva. Attraverso un approccio multidisciplinare che coinvolge medici, infermieri, infermieri specialisti nel rischio infettivo, psicologi e operatori sociali, l'assistenza domiciliare si pone l'obiettivo di affrontare non solo le esigenze fisiche, ma anche quelle emotive e psicologiche dei pazienti e delle loro famiglie, favorendo un processo di lutto sano e sostenibile.

L'assistenza domiciliare ai bambini in fase di fine vita richiede una gestione attenta per garantire il comfort e la sicurezza del bambino. La prevenzione delle infezioni è fondamentale e può fare la differenza nella qualità della vita in questo momento delicato.

Si evidenzia l'importanza della formazione continua e della sensibilizzazione su temi di prevenzione delle infezioni nel contesto pediatrico di assistenza domiciliare dei bambini nel percorso di fine vita.

Nuove sfide del rischio infettivo nell'ambito pediatrico

Festa Maria Gabriela, Referente Regionale ANIPIO per la Regione Lombardia

Negli ultimi anni le sfide legate al rischio infettivo in pediatria sono aumentate significativamente, influenzate da diversi fattori e coinvolgono diversi aspetti della salute pubblica e dell'assistenza pediatrica. Tra questi l'emergere di nuovi patogeni, virus e batteri precedentemente poco comuni che non erano considerati una minaccia stanno guadagnando attenzione, come ad esempio il virus Zika, Dengue e altri patogeni trasmessi da vettori.

La resistenza agli antimicrobici, l'uso eccessivo di antibiotici, ha portato a un aumento delle infezioni da multiresistenti nei bambini. Affrontare la resistenza agli antibiotici è cruciale non solo per il trattamento delle infezioni, ma anche per migliorare la qualità dell'assistenza pediatrica nel suo complesso.

I cambiamenti climatici hanno reso più complessa la gestione delle infezioni nei bambini, il riscaldamento globale sta alterando i modelli di diffusione delle malattie, con nuove infezioni che emergono in regioni prima non endemiche.

La vaccinazione rimane una strategia fondamentale di prevenzione, ma la diffusione di movimenti antivaccinisti ha compromesso i tassi di immunizzazione, aumentando il rischio di epidemie di malattie prevenibili. Inoltre, le pandemie globali, come quella di COVID-19, hanno evidenziato vulnerabilità nei sistemi sanitari e l'importanza di strategie di sorveglianza e risposta rapida.

Le condizioni socioeconomiche, le disuguaglianze sociali possono portare a un accesso limitato alle cure sanitarie e a un aumento dell'esposizione a malattie infettive.

Le nuove tecnologie come la telemedicina possono migliorare la diagnosi e il monitoraggio. Non bisogna venire a meno e sottovalutare la tutela della privacy e sicurezza dei dati

Affrontare queste sfide richiede un approccio multidisciplinare, coinvolgendo medici pediatri, epidemiologi, infermieri specialisti del rischio infettivo,

specialisti in salute pubblica e le famiglie. È essenziale adottare approcci integrati con investimenti nell'educazione e formazione, nella ricerca e nella prevenzione per garantire la salute e il benessere dei bambini.

Integrazione professionale tra ospedale e territorio: quale modello organizzativo?

Morsiani Giuliana, Infermiera PhD, Servizio Formazione, Ricerca e innovazione AUSL Modena

Introduzione La professione infermieristica è "in una crisi più radicale di quella raccontata", così Edoardo Manzoni, infermiere Direttore Generale dell'Istituto Palazzuolo di Bergamo indica il tempo che stiamo vivendo. La criticità maggiore è un mancato allineamento tra i bisogni della popolazione e la cultura professionale. Due mondi, quello sociale e quello della sanità che si sono allontanati creando un gap che ha creato una crisi di fiducia e responsabile di un aumento del legale, delle aggressioni, della poca attrattività e disaffezione lavorativa. Le uniche risposte che si stanno agendo sono rivolte ai contenitori del sistema, a ciò che riguarda i mezzi, le risorse, i servizi e le mura.

Tutto questo è necessario, ma non è sufficiente. L'infermieristica evolve, per riprendere le parole della Prof. Sasso "quando evolve la capacità di soddisfare i bisogni del paziente, quando li riconosciamo, quando li vediamo. E l'infermieristica sta perdendo questo fulcro, non c'è più".

Per riuscire a riportare in simmetria la professione con il mondo sociale è necessario entrare nei livelli che compongono la cultura professionale e ripensare quelle componenti che costituiscono il pensiero professionale per compiere quel salto evolutivo per passare da una razionalità tecnica (su interventi, compiti, prestazioni) a esiti assistenziali.

Senza agire sulle forme di razionalità non è possibile cambiare le prassi che nell'infermieristica riguardano modifiche sia nella pratica professionale sia nei modelli assistenziali e da questo ripensamento ricollocare le forme collaborative con gli altri professionisti e specialisti.

Obiettivo come far evolvere le prassi infermieristiche dalle prestazioni agli esiti assistenziali e come si inserisce l'infermiere specialista del rischio infettivo (ISRI)?

Metodi Due sono le modifiche sostanziali nella pratica clinica (nei reparti e nel territorio) da non separare, ma da implementare congiuntamente:

La prima è agire la pianificazione assistenziale che seguendo la razionalità scientifica ripercorre l'ordine metodologico come garanzia del sapere raggiunto nei risultati finali. Va peraltro ricordato che la pianificazione assistenziale è possibile solo a condizioni di aver scelto linguaggi tassonomici che rendano il sapere codificato e confrontabile e ad oggi le tassonomie NANDA-i, (diagnosi infermieristiche) NOC (outcome infermieristici) e NIC (interventi infermieristici) risultano le più utilizzate e suffragate da evidenze scientifiche.

Il significato che il modello assistenziale del Primary Nurse in ospedale e dell'Infermiere di Famiglia (IFeC) nel territorio rappresenta è quello di offrire al malato un punto di riferimento dell'intero percorso di cura dove il valore aggiunto è l'assunzione di responsabilità per raggiungere i migliori esiti di salute.

Risultati In questo ripensamento delle prassi infermieristiche e nel riportare al PN o IFeC l'ambito di autonomia, responsabilità e assunzione di responsabilità sugli esiti assistenziali dei pazienti, l'ISRI si colloca come specialista/consulente al PN o IFeC non solo sugli interventi tecnici.

Infatti, il suo ruolo si può arricchire del governo di quegli stati di salute infermieristici a rischio infettivo.

È questa una nuova funzione che può cambiare la strategia evolutiva del ruolo ISRI purché suffragata da cruscotti di indicatori di condizione clinico-assistenziale provenienti dalla pianificazione assistenziale. Sono questi indicatori che più di tutti collegano le richieste della popolazione. Nei NOC, per usare il linguaggio tassonomico, si può monitorare l'andamento di quegli stati ritenuti potenzialmente a rischio di infezione offrendo un vantaggio competitivo nel prevenire l'evento infettivo, contribuendo

in modo fattivo a governare il problema oltre l'incidenza e la prevalenza.

Riferimenti bibliografici

- Morsiani G., Agostinelli V. «Caring: dalla visione agli esiti assistenziali. Riformare le prassi dell'infermiere». CEA, 2024.
- Cavicchi I. «La scienza impareggiabile». Castelvechchi editore, 2022.
- Cavicchi I. «Medicina e sanità: snodi cruciali». Dedalo, 2010.
- Manzoni E. <https://www.nurse24.it/infermiere/professione/magistrali-cliniche-manzoni-rispondono-alla-domanda-dei-cittadini.html>
- Sasso L. <https://www.nurse24.it/specializzazioni/ricerca/rn4cast-sfide-infermieristica-del-futuro.html>
- Morsiani G. L'Infermiere e l'immagine di una professione ancora legata al passato https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=113832

Lo studio CORNICE: risultati preliminari di un'indagine trasversale

Matteo Danielis, Tania Buttiron Webber, Chiara Barchielli, Domenico Regano — Comitato Scientifico di ANIPIO, Società Scientifica Nazionale degli Infermieri Specialisti del Rischio Infettivo

Lo studio CORNICE (Competence Of nurses in antimicrobial Stewardship) si concentra sulle competenze degli infermieri nell'antimicrobial stewardship (AMS) e valuta le loro conoscenze, attitudini e pratiche in questo ambito. Lo scopo era anche indagare come i fattori strutturali e di processo possano influenzare la loro partecipazione agli interventi di AMS. Considerando l'importanza crescente dei programmi di AMS negli ospedali, il coinvolgimento degli infermieri diventa cruciale, grazie alla loro vicinanza ai pazienti e al loro contributo nella somministrazione dei farmaci.

Lo studio, condotto con un sondaggio online tra marzo e maggio 2023, ha coinvolto varie realtà ospedaliere: area medica, geriatria, riabilitazione, chirurgia, ortopedia e terapia intensiva. Il campione comprendeva 1.651 infermieri, con un'età media di 39,4 anni, di cui il 76,6% donne. La maggior parte degli infermieri aveva una formazione di base (73,8%), mentre il 26,2% aveva qualifiche avanzate.

Il questionario utilizzato nello studio è stato validato con il contributo di un gruppo di studenti del master di primo livello in “Management del rischio infettivo correlato all'assistenza sanitaria” dell'Università di Parma e di 48 esperti tra infermieri clinici e specialisti del rischio infettivo. Sono stati identificati 42 quesiti somministrati attraverso la rete degli Infermieri Specialisti del Rischio Infettivo (ISRI).

I risultati principali mostrano che la maggioranza degli infermieri possiede conoscenze adeguate (97%) e attitudini positive (69%) verso l'AMS, con l'87% che dimostra buone pratiche operative. Tuttavia, sono emerse differenze tra i diversi reparti ospedalieri. Gli infermieri delle aree chirurgiche hanno riportato pratiche più positive, come la promozione del passaggio dagli antibiotici endovenosi a quelli orali e la revisione dei risultati di laboratorio. Al contrario, quelli in terapia intensiva hanno riportato pratiche più negative. Inoltre, i fattori strutturali, come la disponibilità di sistemi di allerta per monitorare infezioni e trattamenti antimicrobici, sono stati meno favorevolmente valutati dagli infermieri chirurgici.

I risultati evidenziano la probabile efficacia di interventi educativi e di fattori organizzativi per migliorare il coinvolgimento degli infermieri nell'AMS. Nonostante le conoscenze elevate, restano gap strutturali e barriere attitudinali da superare per sfruttare appieno il potenziale degli infermieri in questo ambito. Lo studio suggerisce l'implementazione di interventi mirati e programmi di formazione continua per migliorare l'efficacia dei programmi di AMS e gli esiti clinici dei pazienti, contribuendo alla riduzione della resistenza antimicrobica.

Buona pratica di igiene delle mani e supporto della tecnologia: i risultati di uno studio multicentrico

Yari Longobucco, Giulia Adriano - ANIPIO

Introduzione Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), permangono un problema di grande rilevanza (Canta, 2021). La letteratura ci mostra come, in Italia, esse hanno un tasso di incidenza del 5-10%, con una mortalità pari al 20-30% (Canta, 2021). L'igiene

delle mani rappresenta da sempre la principale tecnica per contrastare questo fenomeno (Canta, 2021). Tuttavia, la compliance ad una completa igiene delle mani rimane un problema, con un tasso di successo che va dal 20% all'84% (Canta, 2021). Nuovi interventi educativi sono quindi fondamentali per invertire questo trend. Recenti evidenze suggeriscono come percorsi formativi basati su strumenti interattivi migliorino l'aderenza alla tecnica (Alrebish, 2022). Obiettivo di questo progetto è di valutare la fattibilità e, in modo preliminare, l'efficacia di un intervento educativo sull'igiene delle mani, utilizzando uno scanner con tecnologia ad intelligenza artificiale (IA).

Materiali e metodi Progetto di miglioramento multicentrico, condotto in tre centri nel nord Italia, l'Ente Ospedaliero “Ospedali Galliera” (Genova), l'Ospedale San Martino (Genova) e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Padova. La popolazione di studio coinvolta era costituita da infermiere e OSS di Medicina interna/Geriatria, Chirurgia e Terapia intensiva. È stato quindi realizzato un intervento formativo sull'igiene delle mani, basato sul framework dell'OMS e promosso da ANIPIO, unitamente all'utilizzo di uno scanner di ultima generazione basato sull'IA, l'Hand-In-Scan™ Semmelweis Scanner™. Lo scanner è stato successivamente utilizzato anche nelle UO coinvolte a 2, 4 e 6 mesi.

Risultati I risultati sono descritti in forma anonima per rispettare i criteri del reporting dei risultati di progetti di miglioramento. Tutti i centri hanno mostrato un miglioramento finale nella compliance alla tecnica. Un centro presentava una percentuale di successo media del 62.8% al baseline, arrivando al 91.2% al termine del periodo di osservazione; un secondo centro ha mostrato un miglioramento dal 53.4% al 92.0%, ed il terzo centro dal 19.1% all'88.9%.

Discussione e conclusione Dai risultati vediamo come la compliance all'igiene delle mani rappresenti ancora un problema. Per tale motivazione, nuovi interventi formativi si rendono necessari, e l'utilizzo di scanner interattivi di ultima generazione, in grado di dare feedback immediati sulla qualità della tecnica, sembrano essere molto promettenti. Ulteriori studi sono tuttavia necessari per confermare questi risultati.

Riferimenti bibliografici

- Alrebish, S. A., Yusufoglu, H. S., Alotibi, R. F., Abdulkhalik, N. S., Ahmed, N. J., & Khan, A. H. (2022). Epidemiology of Healthcare-Associated Infections and Adherence to the HAI Prevention Strategies. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(1), 63. <https://doi.org/10.3390/healthcare11010063>
- Canta, I., Bordino, V., Libero, G., & Zotti, C. M. (2021). Hand hygiene compliance: the experience of three Italian tertiary care hospitals. *The European Journal of Public Health*, 31 (Suppl 3), ckab165.625. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab165.625>

Trial Multicentrico Igiene Fast: risultati preliminari

Domenica Gazineo (Ospedale Sant'Orsola Malpighi, Bologna), Lea Godino (UOC Genetica Medica –Seri, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna)

Valutazione dell'efficacia di una tecnologia di igiene senza acqua per i pazienti ricoverati totalmente dipendenti: studio randomizzato e controllato multicentrico Razionale La pratica dell'igiene del paziente rientra a pieno titolo tra le attività dell'assistenza infermieristica, su cui il professionista ha responsabilità diretta su accertamento, diagnosi infermieristica, interventi e valutazione. Negli ambiti di assistenza ospedaliera, l'igiene alla persona secondo le modalità di buona pratica, viene talvolta disattesa sia nella frequenza che nella modalità corretta di esecuzione. Da tempo, sono commercializzate da diverse aziende nuove tecnologie senza acqua per l'igiene del paziente: schiume e lozioni detergenti senza risciacquo; cuffie pre-impregnate per l'igiene del cuoio capelluto; panni umidificati per il bagno a letto, già pre-impregnati con detergenti a pH neutro e contenenti sostanze emollienti e lenitive per la cute, disponibili con o senza antisettico; panni per l'igiene intima, disponibili anche con ulteriori componenti dermoprotettivi ad effetto barriera, consigliate per i pazienti incontinenti. La letteratura ad oggi disponibile porta ad affermare che non ci sono evidenze solide che abbiano valutato il livello di colonizzazione microbica della pelle prima e dopo il trattamento con i panni umidificati rispetto a quello riscontrabile dopo il trattamento con igiene tradizionale con acqua e sapone. Non vi è nessuna evidenza sulla relazione tra queste nuove

pratiche igieniche e le possibili Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA). Queste considerazioni sono supportate dalle conclusioni della revisione sistematica di Konya et al. (2021), che indica la necessità di studi futuri più accurati e rigorosi che confronto, in maniera dettagliata, le modalità di esecuzione del bagno a letto e ne valutino l'impatto sulla carica batterica microbica della cute mediante nuovi indicatori di esito più oggettivi e facilmente misurabili. Obiettivo primario Verificare se l'efficacia delle procedure di igiene perineale eseguite in pazienti dipendenti ricoverati in reparti di medicina o geriatria con panni pre-umidificati senz'acqua (trattamento sperimentale) è superiore a quella riscontrata dopo le procedure eseguite con manopole monouso saponate e acqua (trattamento standard). Obiettivi secondari • Costi totali dei presidi utilizzati nelle due modalità di igiene; • Tempi di lavoro riferiti alle due modalità di igiene; • Gradimento dei pazienti e degli operatori sanitari relativo alle due metodologie di igiene in studio. Popolazione Pazienti maggiorenni allettati ricoverati in reparti di medicina o geriatria, non in grado di provvedere in maniera autonoma alla propria igiene personale ma orientati nel tempo e nello spazio. La numerosità campionaria prevista è di 648 pazienti. Intervento/ Confronto Esecuzione dell'igiene perineale con l'utilizzo di panni preumidificati senza acqua (sperimentale) confrontata con l'utilizzo di manopole monouso e acqua (usual care). Piano dello studio Lo studio prevede il coinvolgimento delle seguenti aziende: - IRCCS AOUBO (centro coordinatore) - Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia - Fondazione IRCCS ospedale Maggiore Milano - Ospedale nuovo di Legnano - Policlinico Tor Vergata – Roma Verranno inoltre coinvolte le seguenti strutture in ambiti specifici di seguito descritte UO di Microbiologia di ogni centro partecipante per la refertazione dei tamponi cutanei ANIPIO- Società Scientifica Nazionale Infermieri Specialisti del Rischio Infettivo per l'elaborazione statistica dei dati.

Risultati Al momento sono stati analizzati i dati preliminari di 60 pazienti appartenenti a un unico centro. 29 assegnati al gruppo di controllo quindi hanno ricevuto un'igiene tradizionale, 31 pazienti al gruppo sperimentale quindi hanno ricevuto un'igiene tramite i panni preumidificati. La distribuzione

per genere mostra la presenza di 22 pazienti di sesso maschile e 38 pazienti di sesso femminile. L'analisi dell'età dei pazienti ha rivelato che la fascia d'età più rappresentata è quella compresa tra 81 e 90 anni, con un totale di 28 pazienti, che costituiscono il 46% del campione. Gli altri pazienti sono distribuiti nelle diverse fasce d'età. Questionario di gradimento: I 60 professionisti sanitari che hanno partecipato al processo di igiene dei pazienti, 39 appartengono a un reparto di medicina, mentre 21 lavorano in un reparto di geriatria. La maggior parte dei professionisti coinvolti è rappresentata da infermieri, pari al 83%, mentre il restante 17% è costituito da OSS. Per quanto riguarda la suddivisione per genere, 24 professionisti sono maschi e 36 sono femmine. La maggior parte dei partecipanti ha un'esperienza lavorativa compresa tra 31 e 40 anni di servizio. Dal confronto tra il questionario di gradimento dei professionisti e quello dei pazienti emerge la concordanza paziente-operatore riguardo i diversi aspetti relativi al gradimento per le due metodologie di igiene, quali la morbidezza della pelle, la pulizia della pelle, il profumo. Maggiori dettagli sui risultati verranno presentati al congresso ANIPIO con la consapevolezza che questi sono risultati parziali ottenuti da un solo centro.

Network ANIPIO-EUROPA

Arcangeli Alessia, Referente Regionale ANIPIO per la Regione Lazio

La relazione ripercorre le tappe della nascita del gruppo Network Europeo all'interno di ANIPIO.

Alla fine del 2021 nasce l'idea di costituire il gruppo e all'inizio del 2022 un primo nucleo di colleghi/e si riunisce con l'obiettivo di stringere relazioni con altre Società Scientifiche Europee che si occupano di Infection Control. Durante il 2022 ed il 2023 il gruppo non è molto attivo. Solo alla fine del 2023 il gruppo formato da nuovi membri inizia a concretizzare le prime attività. Nascono le prime collaborazioni con diverse Società Scientifiche, con Network europei e con singoli specialisti in infection control e partono le prime attività: ESNO (European specialist nurses organization), IPS (Infection Prevention

Society), Eunetips (European network to promote infection prevention for patient safety), Rose Gallagher. All'inizio del 2024 Anipio viene anche coinvolto, come stakeholder, in un progetto internazionale, "Protecting you & others" di cui l'Università di Udine fa parte, insieme ad altre 4 università europee. Oltre a consolidare le relazioni create negli anni e a portare avanti le attività già condivise, in cantiere ci sono future collaborazioni con la società scientifica spagnola AEEPycI (asociación española de prevención y control de infecciones) e quella francese di igiene ospedaliera e la conclusione della nuova pagina web "Anipio international" in lingua italiana ed inglese utile a promuovere le nostre attività a livello europeo e tra i nostri soci.

ISRI TERRITORIALE: le Core competencies

Gabriella Carraro, Referente Regionale ANIPIO per la Regione Veneto

La popolazione del territorio ha bisogni diversificati e in continua evoluzione cui dare risposte: anziani in residenza, pazienti domiciliari, ospiti delle strutture riabilitative, utenti ambulatoriali.... Perché il territorio è un concetto mentale più che una realtà ben definita. Ogni Azienda Sanitaria ha un proprio territorio geografico, con una popolazione di riferimento, ma ogni paziente, utente, ospite è portatore di numerosi bisogni, non solo sanitari, e sempre più si fanno cogenti i bisogni relativi al rischio infettivo e l'assistenza socio sanitaria territoriale fatica a trovare le risposte adeguate.

L'ISRI sul territorio, quali conoscenze deve avere, che abilità deve avere? Per un ISRI sul territorio le *core competencies* sono sovrapponibili a quelle delineate nei documenti in bibliografia: oltre alle abilità e alle competenze (le skills) e naturalmente le conoscenze specifiche (le knowledge), serve anche un'attitudine a costruire relazioni ed alleanze, fornire disponibilità e sostegno; insomma saper dialogare con la Dirigenza della RSA (con una buona dose di *politically correct*) ma anche essere riferimento costante e modello di ruolo per i colleghi residenziali.

La strada è tutta in salita: mentre i setting assisten-

ziali aziendali hanno uniformità di strumenti e una certa continuità nell'implementazione di percorsi e servizi, facilitati dall'appartenenza alla stessa organizzazione, in territorio invece i modelli organizzativi sono sempre diversi da un setting all'altro e obbligano L'ISRI ha percorsi collaborativi variabili, così come, nel setting residenziale si riscontra notevole variabilità da un Centro Servizi per anziani all'altro: l'ISRI quindi ha necessità di supporto decisionale dalla dirigenza e deve muoversi nelle realtà territoriali con la massima flessibilità e ponderazione.

Conoscenza, competenze e consapevolezza degli studenti di area sanitaria rispetto all'Antimicrobial Stewardship: risultati preliminari di una Scoping Review

Raffaella Ramon, Michela Bottega, Stefania Avoni, Matteo Danielis

L'antimicrobico resistenza (AMR) è una sfida globale che richiede un impegno collettivo. È essenziale che gli studenti di area sanitaria ricevano una formazione adeguata per contribuire attivamente ai programmi di Antimicrobial Stewardship (AMS) e promuovere un uso responsabile degli antimicrobici. La pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto negativo sul consumo di antibiotici nella comunità mondiale. Da marzo 2020 a ottobre 2020, quasi l'80% dei pazienti ricoverati in ospedale con COVID-19 hanno ricevuto un antibiotico creando potenzialmente il percorso per lo sviluppo e la diffusione della resistenza batterica. L'elevato consumo di antimicrobici e l'aumento della resistenza richiedono un rafforzamento delle strategie di uso prudente e di prevenzione delle infezioni. Formando adeguatamente gli studenti di area sanitaria fin dai loro studi universitari, si potrà garantire che la nuova generazione di operatori sanitari sia pronta a contribuire efficacemente alla lotta contro l'AMR, promuovendo pratiche cliniche sostenibili e salvaguardando la salute pubblica globale.

Obiettivo. Indagare le dimensioni della conoscenza, competenza e consapevolezza tra gli studenti dell'area sanitaria rispetto all'AMS.

Materiali e metodi. È stata condotta una scoping

Review secondo gli step indicati da Mak & Thomas (2022) e seguendo le linee guida PRISMA-ScR, (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews).

Sono stati intrapresi i sei step previsti dal quadro teorico di riferimento: (1) Identificazione della domanda di ricerca; (2) Identificazione degli studi rilevanti; (3) Selezione degli studi da includere nella revisione; (4) Elaborazione dei dati; (5) Raccolta, sintesi e analisi dei risultati; (6) Consultazione degli stakeholder. Sono stati consultati i seguenti database: PubMed, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) e Scopus. I criteri di inclusione prevedevano tutti i disegni di studio (es. studi primari, studi secondari, linee guida, report, opinioni di esperti) in lingua inglese pubblicati dall'11-03-2020 (data in cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato ufficialmente lo stato di pandemia) al 30-07-2024 (data dell'ultima ricerca online). Sono stati inclusi studi che riguardavano studenti di tutte le professioni sanitarie (mediche e non), provenienti da ogni parte del mondo, ad esclusione degli studenti di area veterinaria.

Risultati. Dal processo di ricerca sono emersi complessivamente 570 articoli, di questi ne sono stati selezionati 40 per la revisione. Gli studi selezionati provenivano dall'Asia (n=13), dall'Africa (n=11), dall'Europa (n=6), dalle Americhe (n=6) e dall'Oceania (n=4). La maggior parte degli studi aveva un disegno trasversale (n=31), diversi erano studi osservazionali (n=6), alcuni erano revisioni (n=3).

16 studi coinvolgono la popolazione di soli studenti in medicina, 6 studi hanno come popolazione di studio studenti di farmacia, 4 studi hanno come popolazione di studio studenti infermieri, 4 studi hanno come popolazione di studio gli studenti di odontoiatria, 10 studi sono stati effettuati su popolazione mista composta da studenti infermieri, medici, odontoiatri, farmacisti di cui uno studio includeva studenti di ostetricia e fisioterapia.

I risultati preliminari di questa ricerca mostrano che in più studi sono state riportate lacune di conoscenza nella formazione di base nell'AMS in particolare lacune legate all'uso degli antibiotici e all'AMR; conseguentemente, diversi studi evidenziano l'impor-

tanza di implementare la formazione universitaria di base con programmi specifici, pratici ed efficaci nell'AMS e nell'AMR.

Conclusioni. Dagli studi è emerso che il livello di conoscenze, competenze e consapevolezza degli studenti di area sanitaria in tema di AMS è ancora basso. La formazione di base dovrebbe integrare maggiori conoscenze specifiche sull'AMS per rendere gli studenti dell'area sanitaria pienamente consapevoli e competenti nell'affrontare la resistenza antibiotica durante la loro futura attività clinica. Per fare ciò, è essenziale adottare metodi di insegnamento più efficaci, come la discussione di casi clinici reali, workshop interprofessionali di apprendimento interattivo e simulazioni avanzate. Questi strumenti didattici permettono agli studenti di consolidare le loro competenze in un contesto pratico, preparando al meglio i futuri operatori sanitari a gestire in modo efficace la resistenza antimicrobica nella loro attività professionale.

Riferimenti bibliografici

- World Health Organization (2023). Antimicrobial resistance: Key facts, 21 November 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>
- CDC. COVID-19: U.S. Impact on Antimicrobial Resistance, Special Report 2022. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC; 2022. <https://www.cdc.gov/antimicrobial-resistance/media/pdfs/covid19-impact-report-508.pdf>
- Ventura-Gabarró, C., Leung, V. H., Vlahović-Palčevski, V., Machowska, A., Monnet, D. L., Högberg, L. D., ESAC-Net study group, & ESAC-Net study group participants (2023). Rebound in community antibiotic consumption after the observed decrease during the COVID-19 pandemic, EU/EEA, 2022. Euro surveillance bulletin Europeen sur les maladies transmissibles European communicable disease bulletin, 28 (46), 2300604. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.46.2300604>
- Mak, S., & Thomas, A. (2022). Steps for Conducting a Scoping Review. *Journal of graduate medical education*, 14(5), 565–567 <https://doi.org/10.4300/JGME-D-22-00621.1>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garrity, C., Lewin, S., Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467–473.

Strategie di intervento per la prevenzione delle complicanze infettive correlate ai dispositivi vascolari

Sintesi degli interventi a cura di Angelica Carnevale e Jacopo Fiorini

Relatori: Eva Cappelli, Giuseppe Civetta, Fabio Conti, Jacopo Fiorini, Davide Monolo e Silvia Saletta

Nella Sessione Parallela **Strategie di intervento per la prevenzione delle complicanze infettive correlate ai dispositivi vascolari**, sono state esplorate le più recenti linee guida internazionali e offerte una panoramica completa ed aggiornata sulle migliori pratiche per la prevenzione delle infezioni. Infermieri specialisti in rischio infettivo e in accessi vascolari hanno esposte le esperienze dei loro centri, dimostrando come l'implementazione di modelli organizzativi, leadership, collaborazione multiprofessionale, competenze e abilità specialistiche siano aspetti chiave per migliorare gli esiti di cura e ridurre il rischio infettivo correlato ai dispositivi. La sessione si è articolata in tre momenti distinti: sono state dapprima esposte due Lectio Magistralis sul rischio infettivo, seguite dall'esposizione di modelli organizzativi implementati sul territorio italiano ed infine in una tavola rotonda si è discusso di come organizzazione, leader e infermieri con competenze e abilità avanzate facciano la differenza per migliorare la qualità delle cure offerte ai pazienti.

Evidenze scientifiche, Leadership infermieristica e gestione del rischio infettivo

Dalla prima relazione del Dr Fiorini la sessione è stata focalizzata sulla gestione degli accessi vascolari e la prevenzione del rischio infettivo. Le recenti evidenze pubblicate, ovvero *l'Infusion Nursing Standard (INS) 2024* e le Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) sono fondamentali per garantire una gestione sicura e standardizzata dei dispositivi. Queste linee guida prevedono un'attenta valutazione, gestione e rimozione degli accessi vascolari (e.g. l'adozione di tecniche asettiche durante l'inserimento e la manutenzione degli accessi vascolari, l'uso di disinfettanti appropriati). L'implementazione nella pratica clinica delle evidenze scientifiche, che hanno un'elevata qualità, è cruciale per ridurre l'esposizione al rischio infettivo e ga-

rantire la somministrazione della terapia endovenosa, di qualunque tipo essa sia, in modo sicuro, efficace ed efficiente. Una sorveglianza attiva e audit periodici completano l'approccio preventivo, garantendo l'aderenza ai protocolli e una continua riduzione delle infezioni associate.

Nella relazione della Dr.ssa Cappelli è stato evidenziato il ruolo della *leadership* infermieristica nel capitalizzare la diversità all'interno dell'organizzazione nel suo complesso e in che modo renda efficiente le risorse quando si progettano processi di gestione, incoraggiando al contempo il personale a lavorare verso obiettivi comuni. I *leader* infermieristici efficaci ispirano una visione collettiva, promuovono la collaborazione e garantiscono la massima qualità dell'assistenza ai pazienti. Questi *leader* sono il fondamento delle organizzazioni sanitarie e di comunità rappresentano la voce dei pazienti, delle famiglie e degli infermieri e attraverso la loro *advocacy*, stimolano trasformazioni positive aprendo la strada all'eccellenza nell'assistenza sanitaria.

Come *leader* e *stakeholder* di questi processi clinici ed assistenziali riconosciamo l'importante ruolo delle diverse società scientifiche infermieristiche, mediche e multidisciplinari, ed in particolare quello di ANIPIO, la cui missione è sempre stata quella di *"promuovere la sicurezza delle cure e sostenere i professionisti impegnati nel contrastare le infezioni correlate all'assistenza"*. A tal proposito, ANIPIO negli ultimi anni ha cercato attraverso la ricerca, la formazione e le collaborazioni nazionali di favorire quanto da lei enunciato e sempre in linea con le più aggiornate evidenze scientifiche. È necessario rendere tangibile i benefici derivanti da una *leadership* efficace e favorire una redistribuzione concatenata tra tutti i professionisti coinvolti attivamente nei processi decisionali ed organizzativi che interessano la presa in carico del paziente adulto e pediatrico ospedalizzato e non.

Modelli organizzativi, competenze avanzate in accessi vascolari ed esiti assistenziali

Nella relazione del Dr Civetta è stata esposta l'esperienza di un Ospedale del Sud Italia. La gestione degli accessi venosi nei pazienti oncologici è importante soprattutto per il controllo delle infezioni catetere correlate, che precludono il prosieguo del percorso di cura, in particolar modo nella somministrazione di farmaci chemioterapici, antitumorali e immunoterapici per via endovenosa. Prendendo in

considerazione esclusivamente i dispositivi venosi centrali totalmente impiantati (Chest port e PICC port), il cui utilizzo e gestione è esclusivo del personale infermieristico di oncologia, è stato possibile indagare sull'alta incidenza di infezioni catetere correlate, in una fase pre pandemica COVID 19, che ha visto il ricorso all' "Antibiotic Lock Therapy" e in alcuni casi all'espianto del device stesso. Successivamente, grazie ad una indagine condotta sulle cause della cattiva gestione, e ad uno studio effettuato sulla difficoltà di inserimento dell'ago di Huber nel port tramite il metodo S.P.I.A. (Subcutaneous Port Investigator Assessment) che indaga la tipologia dell'impianto sottocutaneo del dispositivo stesso e grazie alla realizzazione di un algoritmo decisionale N.I.D.A. (Needle Insertion Difficulty Algorithm) si è riusciti a realizzare un approccio proattivo nella gestione di detti dispositivi vascolari. Inoltre, l'adozione di bundle per preservare l'asepticità dei piani di lavoro, dei materiali e della cute, e facendo ricorso anche alla No Touch Technique, si è riusciti a controllare il fenomeno delle infezioni catetere correlate e a migliorare il percorso di cura dei pazienti oncologici.

Nella presentazione tenutasi al convegno triennale ANIPIO, il Dr Monolo ha descritto quelli che sono i progetti, le criticità e i risultati ottenuti dal team accessi vascolari nel tentativo di ridurre al minimo il rischio infettivo dei cateteri vascolari impiantati presso l'ASST Ovest Milanese. La vera sfida è raggiungere una corretta e uniforme gestione degli accessi vascolari all'interno dell'azienda. Una grossa difficoltà è riscontrata nel ritorno dei dati; questo passaggio risulta fondamentale per discutere le problematiche e porre degli obiettivi mirati necessari al miglioramento. Tra i progetti in corso ci sono l'informatizzazione delle cartelle, in modo da avere un ritorno dei dati puntuale; la formazione continua sia a livello teorico che sul campo; la creazione di infermieri referenti per ogni unità operativa con cui discutere delle problematiche, condividere dati oggettivi sulla qualità del lavoro e diffondere le novità attraverso riunioni ripetute durante l'anno. L'obiettivo aziendale è quello di raggiungere il targeting zero per le infezioni catetere vascolare correlate.

Nella relazione del Dr Conti è stata esposta l'esperienza di un Policlinico Universitario del Centro Ita-

lia. L'ambulatorio accessi vascolari del Policlinico Tor Vergata rappresenta un modello organizzativo consolidato, frutto di oltre vent'anni di esperienza e continua evoluzione. Questo servizio si è adattato alle mutevoli esigenze cliniche e organizzative attraverso soluzioni innovative, garantendo la gestione ottimale degli accessi vascolari in pazienti critici e cronici. L'efficacia del modello è strettamente legata alla capacità di monitorare in modo sistematico sia gli esiti di processo che quelli clinici, garantendo qualità e sicurezza delle cure. La standardizzazione dei protocolli operativi rappresenta la base per un monitoraggio efficiente, permettendo di raccogliere dati precisi e confrontabili. Questi dati diventano essenziali per guidare le scelte organizzative, consentendo al servizio di rispondere in modo proattivo alle sfide operative e cliniche. L'esperienza del Policlinico Tor Vergata dimostra che un approccio organizzativo basato su dati solidi non solo migliora la qualità delle cure, ma ottimizza anche l'impiego delle risorse, riducendo complicitanze e migliorando gli esiti per i pazienti.

Infine, nella relazione della Dr.ssa Saletta è stata presentata l'esperienza di modello territoriale e di cure palliative relativamente agli accessi vascolari. Affacciarsi alla realtà domiciliare, significa decidere di approcciarsi ad un contesto non più "ospedaliero", ma di casa. Vuol dire accettare l'idea di non essere più solo "l'operatore sanitario in divisa", ma di diventare "Silvia, l'infermiera. Iniziare a guardare il paziente attraverso una visione olistica, considerando l'organismo come uno ed unico e come tale curarlo. Trattare la persona nella sua totalità senza concentrarsi e limitarsi ai sintomi. Il patrimonio venoso del nostro paziente è un "tesoro" da difendere, si può dire una necessità vitale e come tale da preservare. Al domicilio così come in RSA e Hospice le terapie sono sempre più evolute e complesse, al fine di migliorare la qualità di vita, e proprio per questo motivo tante volte si necessita di un accesso vascolare stabile. Garantire al paziente il miglior comfort possibile, sostenere e educare il caregiver, migliorare anche in termini di efficacia ed efficienza sono gli strumenti che uniti alla passione e alla buona pratica ci consentono di offrire un'assistenza adeguata.

Confronto tra ospedale e territorio nella gestione degli accessi vascolari e riduzione del rischio in-

fettivo Nel corso della tavola rotonda tra i relatori e il coinvolgimento attivo dei partecipanti è stato possibile confrontare i diversi contesti e le differenti realtà cliniche presenti sul territorio italiano. Il confronto tra ospedale e territorio nella gestione degli accessi vascolari e nella riduzione del rischio infettivo evidenzia diverse sfide e opportunità. Dapprima, garantire una formazione specialistica/specializzata agli infermieri relativamente agli accessi vascolari e rischio infettivo è stata definita una priorità, tanto da suggerirne l'introduzione nei corsi di laurea triennale, almeno nelle nozioni basilari. È emersa infine, la necessità di condivisione e creazione di un approccio integrato tra i contesti clinico-assistenziali che si basino sulla collaborazione e garantiscano una continuità assistenziale ai pazienti con un accesso vascolare, riducano le complicitanze, tra cui quelle infettive, e migliorino la qualità delle cure offerte, in termini di soddisfazione e gestione delle patologie croniche.

POSTER SESSION

1° Classificato

Percezione degli operatori sanitari sull'uso e lo smaltimento appropriato dei dispositivi di protezione individuale per la prevenzione delle infezioni associate all'assistenza in un ottica green. Studio Pilota

Antonietta Guerra, Claudio Cartocini, Sofia Dominici, Giovanna Ferretti, Giuseppina Maghini, Claudia Gabriela Pallas, Antonietta Zampieri

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un aumento dell'uso dei dispositivi di protezione individuale e ad un forte impatto ambientale in termini di produzione e smaltimento dei rifiuti, accrescendo il pericolo ecologico per gli ecosistemi naturali. Le comunità scientifiche ci stanno dicendo che la Sanità impatta in maniera importante sull'inquinamento ambientale. La gestione della plastica è sempre stata una sfida ma ora è necessaria un'azione immediata per passare alla produzione e a consumi sostenibili, con strategie di riciclaggio e trattamento alternativo di questi rifiuti.

Quesito di ricerca: indagare il grado di conoscenza e consapevolezza dei professionisti rispetto all'uso appropriato dei DPI nella prevenzione delle ICA e come il loro ruolo e la loro attività assistenziale/organizzativa possa incidere sulla sostenibilità ambientale.

2° Classificato

Ipotesi di documento di indirizzo nazionale per la gestione e condivisione dei dati aperti sul rischio infettivo

Giorgia Castella, Anna Luisa Dolia, Matteo Guidi, Gabriella Martino, Emilio Russomando, Deborah Targa

Le infezioni correlate all'assistenza rappresentano una vera emergenza sanitaria ma in Italia non è ancora presente un sistema di sorveglianza adeguato e standardizzato che permetta di monitorare e gestire efficacemente tale problematica.

L'emergenza pandemica da Covid-19 ha messo in

luce l'importanza dell'apertura, della condivisione e dell'utilizzo dei dati "per garantire un puntuale monitoraggio della pandemia, e monitorarne l'andamento"

La digitalizzazione ha aperto nuove prospettive per l'accesso ai dati consentendo a governi, organizzazioni e individui di condividere e analizzare informazioni cruciali anche in tempo reale.

Obiettivo: delineare una roadmap fattibile per l'apertura dei dati e proporre uno strumento utile per favorire la collaborazione tra enti di ricerca, organizzazioni sanitarie e stakeholders, per monitorare e/o prevenire la diffusione di malattie infettive.

3° Classificato

Analisi della prevenzione del rischio biologico nel servizio emergenza-urgenza 118 asl foggia: un'indagine conoscitiva

Giulia Vainella, Gessica Angelini, Domenico Dentico

Diversi studi hanno dimostrato che l'ambiente ambulanza è particolarmente incline alla contaminazione microbica in virtù delle funzioni e delle caratteristiche dell'ambiente stesso:

- trattamento e trasporto di pazienti la cui anamnesi non sempre è di facile raccolta;
- spazi ristretti facilmente saturabili;
- limitata possibilità di aerazione;
- presenza di suppellettili, cassette, vani portaoggetti, zaini a breve distanza dal paziente trasportato.

L'infermiere gioca un ruolo chiave nel mantenere alta l'attenzione sul tema, nel farsi promotore di sperimentazioni e nella condivisione dei risultati.