

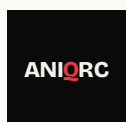
CALL FOR ABSTRACT.

Workbook dei lavori Forum Infermieristico ANIQRC

30 OTTOBRE 2026

PRIMA EDIZIONE • EDIZIONE 1.0

Questo workbook raccoglie i **lavori presentati al Forum**: ricerche originali, progetti di miglioramento, casi studio e revisioni della letteratura su qualità dell'assistenza, rischio clinico e sicurezza delle cure. Contiene inoltre le **istruzioni per l'invio degli abstract**, le aree tematiche e i criteri con cui i lavori vengono valutati.



ANIQRC

Associazione Nazionale Infermieri
Qualità e Rischio Clinico

DOCUMENTO DIMOSTRATIVO
CONTENUTI FAC-SIMILE

Una giornata per mettere in fila quello che funziona.

Il Forum Infermieristico ANIQR nasce da una constatazione semplice: nei reparti italiani si fanno ogni anno centinaia di progetti di miglioramento che nessuno legge, nessuno confronta e nessuno riesce a riusare. Il Forum esiste per dare a quei lavori un luogo, un metodo di presentazione e una memoria scritta.

Che cosa succede il 30 ottobre

La giornata alterna sessioni plenarie e tavoli di lavoro. Al mattino le relazioni introduttive fissano il quadro metodologico; nel pomeriggio gli abstract selezionati vengono presentati in sessioni parallele, ciascuna con un discussant che raccoglie le domande e restituisce una sintesi. La giornata si chiude con la restituzione delle sintesi in plenaria.

ORARIO

PROGRAMMA DELLA GIORNATA

08:30	Registrazione dei partecipanti e consegna del workbook
09:15	Apertura dei lavori — perché una rete nazionale sulla qualità
09:45	Plenaria I — Misurare la qualità dell'assistenza: che cosa conta davvero
11:15	Plenaria II — Dal rischio clinico alla cultura della sicurezza
14:00	Sessioni parallele — presentazione degli abstract selezionati
16:15	Tavoli di lavoro — che cosa portiamo a casa, per area tematica
17:00	Restituzione in plenaria e chiusura

COME SI USA QUESTO WORKBOOK

Le prime pagine servono a **chi vuole inviare un lavoro**: istruzioni, aree tematiche, criteri di valutazione e scadenze. Dalla sezione «I lavori» in poi trovi gli **abstract**, uno per pagina, nello stesso formato in cui vanno inviati — usali come modello.

COME PARTECIPARE

Inviare un abstract in **cinque passi.**

Non serve un lavoro concluso né un risultato positivo. Serve un lavoro onesto: un problema reale, un metodo dichiarato, dei numeri e una conclusione che non prometta più di quanto i dati sostengano.

1 Scegli l'area tematica

Le sei aree sono elencate nella pagina seguente. Se il lavoro ne tocca più di una, indica quella prevalente: l'assegnazione definitiva alla sessione spetta al comitato scientifico.

2 Scrivi l'abstract in forma strutturata

Cinque sezioni obbligatorie — Introduzione, Obiettivi, Metodi, Risultati, Conclusioni — per un massimo di 2.800 caratteri spazi inclusi, oltre a titolo, autori e parole chiave. Niente bibliografia, niente figure.

3 Dichiarare i numeri

I risultati vanno riportati con i valori misurati, non con aggettivi. «L'aderenza è passata dal 63% all'84% su cinque audit» dice qualcosa; «l'aderenza è nettamente migliorata» non dice nulla.

4 Verifica autorizzazioni e conflitti di interesse

Serve il consenso dei coautori e, per i lavori su dati aziendali, l'autorizzazione della struttura di appartenenza. Eventuali sponsorizzazioni vanno dichiarate in fase di invio.

5 Inviare entro la scadenza

L'invio avviene per email a infermieridiricercaircss@gmail.com, indirizzo dedicato solo alla call; il QR code rimanda alle istruzioni complete. Conserva la ricevuta di invio.

REQUISITI IN SINTESI

Lunghezza max 2.800 caratteri (spazi inclusi) · **Titolo** max 180 caratteri · **Autori** max 6, il primo è il presentatore · **Parole chiave** da 3 a 5 · **Lingua** italiano · **Formato** modulo online, nessun allegato.

AREE TEMATICHE

Sei aree, un solo **criterio**: che sia utile a chi assiste.

Le aree servono a organizzare le sessioni, non a escludere. Un lavoro che non rientra chiaramente in nessuna può comunque essere inviato indicando l'area più vicina e una breve nota al comitato.

A1

Sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico

Eventi avversi e near miss, incident reporting, analisi delle cause profonde, bundle di prevenzione, gestione del rischio nelle transizioni di cura.

A2

Misurazione, indicatori e cruscotti di qualità

Costruzione e uso di indicatori, cruscotti, audit clinici, benchmarking, qualità del dato e validità delle misure adottate.

A3

Procedure, protocolli e percorsi assistenziali

Scrittura, revisione e implementazione di procedure e protocolli, percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, aderenza e usabilità al punto di cura.

A4

Esiti sensibili all'assistenza infermieristica

Cadute, lesioni da pressione, infezioni correlate all'assistenza, missed care, dotazione infermieristica e relazione con gli esiti.

A5

Dati, digitale e strumenti di supporto alla decisione

Cartella informatizzata, sistemi di allerta, supporto alla decisione clinica, uso secondario dei dati, strumenti algoritmici e loro limiti.

A6

Cultura della sicurezza, formazione e leadership clinica

Clima di sicurezza, just culture, seconda vittima, formazione sul campo, simulazione, ruolo del coordinamento nella qualità quotidiana.

TIPOLOGIE DI LAVORO AMMESSE

Ricerca originale — studio con disegno, campione e analisi dichiarati. **Progetto di miglioramento** — intervento su un processo con misura pre-post. **Caso studio** — descrizione approfondita di una situazione singola con lezioni trasferibili. **Revisione della letteratura** — sintesi condotta con metodo esplicito e riproducibile.

VALUTAZIONE E SCADENZE

Come vengono letti i lavori.

Ogni abstract è valutato in cieco da due revisori indipendenti su cinque criteri, ciascuno con punteggio da 1 a 5. In caso di scarto superiore a due punti interviene un terzo revisore. Il punteggio minimo per l'accettazione è 15 su 25.

CRITERIO	CHE COSA GUARDA IL REVISORE	PESO
Rilevanza	Il problema affrontato conta per la sicurezza o la qualità dell'assistenza?	1-5
Metodo	Il disegno è dichiarato, coerente con l'obiettivo e sufficientemente descritto da poter essere ripetuto?	1-5
Risultati	I dati sono riportati con valori, non con aggettivi, e sostengono ciò che viene affermato?	1-5
Trasferibilità	Un'altra unità operativa potrebbe riusare quanto descritto nel proprio contesto?	1-5
Chiarezza	Il testo è leggibile da un professionista di un'altra area senza bisogno di spiegazioni?	1-5

Calendario

DATA	PASSAGGIO
15 giugno 2026	Apertura della Call — il modulo di invio è online
12 ottobre 2026	Chiusura degli invii — abstract e poster, ore 23:59
dopo la chiusura	Esito della revisione — comunicazione all'autore presentatore
prima del Forum	Conferma della presenza e invio del materiale di presentazione
30 ottobre 2026	Forum — presentazione dei lavori selezionati

DOPO IL FORUM

Tutti gli abstract accettati entrano in questo workbook, che resta scaricabile dal sito. I lavori giudicati più solidi vengono invitati a un contributo esteso per il **Journal ANIQR**.

— I LAVORI

Dodici lavori, dodici modi di **misurarsi**.

Gli abstract che seguono sono presentati nel formato richiesto dalla Call. Sono raccolti per area tematica e riportano, uno per pagina, il codice assegnato in fase di invio.

12

ABSTRACT

6

AREE TEMATICHE

4

TIPOLOGIE

Che cosa trovi nelle pagine seguenti.

ABS-01	Riduzione degli errori di terapia in un reparto di Medicina Interna attraverso il doppio controllo strutturato Progetto di miglioramento · Sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico	07
ABS-02	Fattori predittivi di caduta nel paziente anziano ricoverato: validazione di un modello a sei variabili Ricerca originale · Sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico	08
ABS-03	Un cruscotto di indicatori infermieristici condiviso con le unità operative: dall'adempimento alla decisione Progetto di miglioramento · Misurazione, indicatori e cruscotti di qualità	09
ABS-04	Variabilità inter-osservatore nella valutazione del rischio di lesioni da pressione: uno studio di concordanza Ricerca originale · Misurazione, indicatori e cruscotti di qualità	10
ABS-05	Riscrittura partecipata delle procedure assistenziali: da 214 documenti a 68 percorsi utilizzabili Progetto di miglioramento · Procedure, protocolli e percorsi assistenziali	11
ABS-06	Il bundle per la prevenzione delle infezioni da catetere venoso centrale in Terapia Intensiva: tre anni di sostenibilità Caso studio · Procedure, protocolli e percorsi assistenziali	12
ABS-07	Rapporto infermiere-paziente ed esiti sensibili all'assistenza: analisi retrospettiva su 26.000 giornate di degenza Ricerca originale · Esiti sensibili all'assistenza infermieristica	13
ABS-08	Missed nursing care: che cosa misuriamo davvero. Revisione sistematica degli strumenti disponibili in italiano Revisione della letteratura · Esiti sensibili all'assistenza infermieristica	14
ABS-09	Alert automatici sulla documentazione infermieristica: quanti ne servono davvero prima che smettano di funzionare Progetto di miglioramento · Dati, digitale e strumenti di supporto alla decisione	15
ABS-10	Qualità dei dati infermieristici nei flussi aziendali: quanto è affidabile ciò su cui costruiamo gli indicatori Ricerca originale · Dati, digitale e strumenti di supporto alla decisione	16
ABS-11	Clima di sicurezza e propensione alla segnalazione: indagine su 940 infermieri di sei aziende sanitarie Ricerca originale · Cultura della sicurezza, formazione e leadership clinica	17
ABS-12	Debriefing strutturato dopo l'evento avverso: sostenere chi assiste, senza cercare un colpevole Progetto di miglioramento · Cultura della sicurezza, formazione e leadership clinica	18

ABS-01

A1 • SICUREZZA DEL PAZIENTE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

PROGETTO DI MIGLIORAMENTO

Riduzione degli errori di terapia in un reparto di Medicina Interna attraverso il doppio controllo strutturato

G. Palmieri, S. Ferraro, L. Donati, M. Ricci

U.O. Medicina Interna – Presidio Ospedaliero di [Sede] • Servizio Qualità e Rischio Clinico

INTRODUZIONE

Gli errori di terapia restano tra gli eventi avversi più frequenti nei reparti internistici. L'analisi delle segnalazioni interne del biennio precedente aveva evidenziato una prevalenza di errori nella fase di preparazione, in particolare su farmaci ad alto livello di attenzione.

OBIETTIVI

Ridurre del 40% gli errori di preparazione e somministrazione dei farmaci ad alto rischio entro dodici mesi, senza aumentare in modo significativo il tempo dedicato al giro terapia.

METODI

Studio pre-post su 48 posti letto. Introduzione di un doppio controllo indipendente strutturato su otto molecole ad alto rischio, con checklist tascabile, riorganizzazione del carrello e formazione sul campo a piccoli gruppi. Rilevazione tramite osservazione diretta non partecipante (312 preparazioni pre, 340 post) e incident reporting.

RISULTATI

Gli errori osservati sono passati da 11,2 a 5,8 ogni 100 preparazioni (-48,2%; $p < 0,01$). Gli errori di dose si sono ridotti da 4,1 a 1,5 per 100. Il tempo medio del giro terapia è aumentato di 3,4 minuti su 62 (+5,5%). Le segnalazioni volontarie sono cresciute del 34%, coerentemente con l'aumento della cultura della segnalazione.

CONCLUSIONI

Il doppio controllo strutturato, se limitato ai farmaci realmente ad alto rischio e sostenuto da strumenti pratici, è sostenibile nell'organizzazione quotidiana e produce una riduzione clinicamente rilevante degli errori. L'aumento delle segnalazioni va letto come indicatore positivo di clima, non come peggioramento.

PAROLE CHIAVE

errori di terapia • doppio controllo • farmaci ad alto rischio • incident reporting

Fattori predittivi di caduta nel paziente anziano ricoverato: validazione di un modello a sei variabili

M. Colombo, A. Greco, F. Bassi

Direzione delle Professioni Sanitarie — Azienda Ospedaliera di [Sede]

INTRODUZIONE

Le scale di valutazione del rischio di caduta in uso mostrano una specificità limitata nelle popolazioni geriatriche, generando un numero elevato di falsi positivi e un consumo improprio di risorse assistenziali.

OBIETTIVI

Costruire e validare internamente un modello predittivo semplificato, utilizzabile in meno di due minuti al momento della presa in carico.

METODI

Studio di coorte prospettico su 1.284 ricoveri consecutivi in area medica e riabilitativa. Regressione logistica multivariata su 22 variabili candidate raccolte dalla documentazione infermieristica; validazione interna con bootstrap a 1.000 campioni.

RISULTATI

Sei variabili sono risultate indipendentemente associate all'evento: caduta nei dodici mesi precedenti, deficit cognitivo, uso di più di quattro farmaci, incontinenza urinaria, necessità di ausilio per il trasferimento, ipotensione ortostatica. Il modello ha mostrato AUC 0,79 (IC 95% 0,75–0,83), sensibilità 82% e specificità 68% al cut-off scelto, contro una specificità del 41% dello strumento in uso.

CONCLUSIONI

Un modello a sei variabili derivate da dati già raccolti di routine migliora la capacità discriminante e riduce l'allocazione impropria delle misure preventive. È necessaria una validazione esterna multicentrica prima dell'adozione su larga scala.

PAROLE CHIAVE

cadute • modello predittivo • anziano • valutazione del rischio

ABS-03

A2 • MISURAZIONE, INDICATORI E CRUSCOTTI DI QUALITÀ

PROGETTO DI MIGLIORAMENTO

Un cruscotto di indicatori infermieristici condiviso con le unità operative: dall'adempimento alla decisione

R. Vitale, C. Marchetti, E. Longo, P. Sabbatini

Servizio Qualità, Accreditamento e Risk Management – ASL di [Sede]

INTRODUZIONE

La reportistica di qualità viene spesso percepita dalle unità operative come un adempimento esterno, con scarsa ricaduta sulle decisioni quotidiane. Il progetto nasce dalla richiesta esplicita dei coordinatori di disporre di dati leggibili e tempestivi.

OBIETTIVI

Passare da un report semestrale statico a un cruscotto mensile di otto indicatori, co-progettato con i coordinatori, e misurarne l'uso effettivo nelle riunioni di reparto.

METODI

Metodo misto. Fase qualitativa con tre focus group (21 coordinatori) per la selezione degli indicatori; costruzione del cruscotto su dati già presenti nei flussi aziendali; monitoraggio dell'uso tramite log di accesso e audit delle verbalizzazioni di reparto per dodici mesi.

RISULTATI

Gli indicatori selezionati dai professionisti coincidevano solo per tre su otto con quelli del report precedente. Gli accessi mensili al cruscotto sono passati da 34 a 289. Le riunioni di reparto che citano almeno un indicatore nel verbale sono salite dal 12% al 61%. Tre unità operative hanno avviato progetti di miglioramento a partire da un dato del cruscotto.

CONCLUSIONI

La co-progettazione degli indicatori con chi li dovrà usare è il fattore determinante dell'adozione, più della sofisticazione tecnica dello strumento. Misurare l'uso del dato, e non solo il dato, è parte del progetto.

PAROLE CHIAVE

indicatori • cruscotto • co-progettazione • governo clinico

Variabilità inter-osservatore nella valutazione del rischio di lesioni da pressione: uno studio di concordanza

D. Ferretti, N. Lombardi, G. Serra

Corso di Laurea in Infermieristica – Università di [Sede] · U.O. Chirurgia Generale

INTRODUZIONE

L'affidabilità di uno strumento di valutazione dipende tanto dalle sue proprietà psicometriche quanto dall'uniformità con cui viene applicato. La variabilità tra operatori è raramente misurata nella pratica corrente.

OBIETTIVI

Quantificare la concordanza tra infermieri nella valutazione del rischio di lesione da pressione e identificare le sottoscale a maggiore variabilità.

METODI

Studio di concordanza su 180 valutazioni indipendenti in cieco condotte da coppie di infermieri su 90 pazienti, in tre unità operative. Calcolo di kappa di Cohen pesato per ciascuna sottoscala e kappa complessivo; analisi della relazione tra esperienza e concordanza.

RISULTATI

Il kappa complessivo è risultato 0,58 (concordanza moderata). Le sottoscale nutrizione ($k=0,39$) e attrito/scivolamento ($k=0,44$) hanno mostrato la variabilità maggiore; percezione sensoriale e mobilità la minore ($k=0,71$ e $0,68$). La concordanza non correlava con gli anni di esperienza, ma aumentava nelle coppie che avevano frequentato la stessa formazione ($k=0,69$ contro $0,51$).

CONCLUSIONI

La formazione condivisa, più dell'esperienza individuale, riduce la variabilità. Le sottoscale più soggettive richiedono definizioni operative esplicite e casi di riferimento a supporto della valutazione.

PAROLE CHIAVE

lesioni da pressione • concordanza • kappa di Cohen • affidabilità

ABS-05

A3 • PROCEDURE, PROTOCOLLI E PERCORSI ASSISTENZIALI

PROGETTO DI MIGLIORAMENTO

Riscrittura partecipata delle procedure assistenziali: da 214 documenti a 68 percorsi utilizzabili

S. Mancini, T. Orlando, V. Perrone, A. Caputo

Ufficio Procedure e Percorsi Assistenziali – Azienda Ospedaliero-Universitaria di [Sede]

INTRODUZIONE

Il corpus procedurale aziendale era cresciuto per stratificazione fino a 214 documenti, con sovrapposizioni, versioni non allineate e un tasso di consultazione molto basso rilevato dal sistema documentale.

OBIETTIVI

Ridurre e riscrivere il corpus procedurale privilegiando l'usabilità al punto di cura, e verificare l'effetto su consultazione e aderenza.

METODI

Mappatura e analisi di sovrapposizione dei 214 documenti; riscrittura in gruppi misti clinico-metodologici secondo un format a due pagine con diagramma decisionale; test di usabilità con dieci infermieri per ciascun percorso prima del rilascio. Confronto pre-post su consultazioni e su cinque audit di aderenza.

RISULTATI

I documenti sono passati da 214 a 68 percorsi. Le consultazioni mensili sono aumentate da 1.140 a 4.870. Il tempo mediano per reperire l'informazione cercata è sceso da 4 minuti e 20 secondi a 1 minuto e 10 secondi. L'aderenza misurata negli audit è passata dal 63% al 84% come media dei cinque percorsi.

CONCLUSIONI

La qualità di una procedura si misura sul suo uso, non sulla sua esistenza. Il taglio del corpus e il format breve con supporto decisionale visivo hanno prodotto guadagni maggiori di qualunque intervento formativo precedente.

PAROLE CHIAVE

procedure • percorsi assistenziali • usabilità • aderenza

Il bundle per la prevenzione delle infezioni da catetere venoso centrale in Terapia Intensiva: tre anni di sostenibilità

F. De Santis, I. Gatti, M. Fiore

U.O. Anestesia e Rianimazione – Presidio Ospedaliero di [Sede]

INTRODUZIONE

L'implementazione di un bundle produce spesso risultati immediati che si perdono nel tempo. La letteratura sulla sostenibilità a medio termine è meno abbondante di quella sull'implementazione.

OBIETTIVI

Descrivere l'andamento a 36 mesi dell'aderenza al bundle CVC e del tasso di CLABSI, identificando i meccanismi che ne hanno sostenuto la tenuta.

METODI

Serie temporale interrotta su 36 mesi in una Terapia Intensiva a 12 posti letto. Rilevazione mensile dell'aderenza tramite checklist di inserimento e audit di gestione; tasso di CLABSI per 1.000 giorni-catetere. Analisi qualitativa dei fattori di sostenibilità con interviste a otto professionisti.

RISULTATI

L'aderenza è passata dal 58% al 94% nei primi sei mesi, con una flessione al 79% al mese 14 e un recupero al 91% dopo la reintroduzione del feedback mensile ai turni. Il tasso di CLABSI è sceso da 4,8 a 1,3 per 1.000 giorni-catetere e si è mantenuto sotto 2,0 per 22 mesi consecutivi. I fattori di tenuta citati: feedback ravvicinato, ruolo dei referenti di turno, semplicità del materiale.

CONCLUSIONI

La sostenibilità non è uno stato ma un processo attivo: la flessione al mese 14 era prevedibile e recuperabile. Il feedback ravvicinato ai turni è emerso come il meccanismo a più alto rapporto tra effetto e costo organizzativo.

PAROLE CHIAVE

CLABSI • bundle • sostenibilità • terapia intensiva

Rapporto infermiere-paziente ed esiti sensibili all'assistenza: analisi retrospettiva su 26.000 giornate di degenza

L. Bertolini, C. Amato, R. Sartori, G. Neri

Direzione delle Professioni Sanitarie · Servizio Epidemiologia Clinica — Azienda Sanitaria di [Sede]

INTRODUZIONE

La relazione tra dotazione infermieristica ed esiti è documentata a livello internazionale ma poco studiata nei contesti italiani a medio volume, dove i modelli organizzativi differiscono sensibilmente.

OBIETTIVI

Verificare l'associazione tra rapporto infermiere-paziente giornaliero e quattro esiti sensibili all'assistenza in cinque unità operative di area medica.

METODI

Analisi retrospettiva su 26.412 giornate di degenza in 30 mesi. Esiti considerati: cadute con danno, lesioni da pressione insorte in reparto, infezioni delle vie urinarie associate a catetere, riammissioni a 30 giorni. Modelli multilivello aggiustati per case-mix, giorno della settimana e stagionalità.

RISULTATI

Ogni paziente aggiuntivo per infermiere si associava a un aumento del 12% delle cadute con danno (IRR 1,12; IC 95% 1,04–1,21) e del 9% delle lesioni da pressione insorte in reparto (IRR 1,09; IC 95% 1,02–1,17). Non è emersa associazione significativa con le riammissioni a 30 giorni. L'effetto risultava più marcato nei turni notturni.

CONCLUSIONI

Anche in un contesto a medio volume la dotazione infermieristica si associa a esiti misurabili, con un gradiente più evidente sul turno notturno. Il dato supporta l'uso degli esiti sensibili come argomento nella programmazione del personale.

PAROLE CHIAVE

nurse staffing • esiti sensibili • cadute • lesioni da pressione

Missed nursing care: che cosa misuriamo davvero. Revisione sistematica degli strumenti disponibili in italiano

A. Rinaldi, P. Costanzo, M. Gallo

Centro Studi ANIQR · Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche – Università di [Sede]

INTRODUZIONE

Il costrutto di assistenza infermieristica mancata è entrato rapidamente nella letteratura italiana, ma gli strumenti in uso derivano da tradizioni concettuali differenti e non sono intercambiabili.

OBIETTIVI

Mappare gli strumenti validati in lingua italiana, confrontarne il contenuto e valutarne la qualità metodologica.

METODI

Revisione sistematica secondo PRISMA su quattro banche dati, dalla prima annata disponibile a dicembre 2025. Valutazione della qualità con i criteri COSMIN. Analisi di contenuto degli item con mappatura su un quadro comune a cinque dimensioni.

RISULTATI

Dei 412 record iniziali, 9 studi hanno descritto 4 strumenti validati in italiano. La sovrapposizione degli item tra strumenti è risultata del 38%. Le attività relazionali e educative sono presenti in tutti gli strumenti ma con peso molto diverso; la pianificazione dell'assistenza è assente in due su quattro. Solo uno strumento riporta evidenze sufficienti di responsività al cambiamento.

CONCLUSIONI

Confrontare i tassi di missed care tra studi che usano strumenti diversi è metodologicamente scorretto. È necessario un lavoro di consenso nazionale sul nucleo minimo di attività da rilevare prima di costruire benchmark.

PAROLE CHIAVE

missed nursing care · revisione sistematica · COSMIN · validazione

Alert automatici sulla documentazione infermieristica: quanti ne servono davvero prima che smettano di funzionare

E. Tosi, D. Ruggiero, S. Barbieri

Sistemi Informativi Sanitari · Servizio Qualità – Azienda Ospedaliera di [Sede]

INTRODUZIONE

L'introduzione di alert nella cartella clinica informatizzata è una risposta frequente agli eventi avversi. L'affaticamento da allerta è però un rischio noto e raramente misurato nelle implementazioni locali.

OBIETTIVI

Misurare il tasso di override degli alert infermieristici in funzione del loro numero e ridefinire il set su base empirica.

METODI

Analisi di 138.000 attivazioni di alert in 18 mesi. Calcolo del tasso di override per tipologia e della sua relazione con il numero medio di alert per turno. Revisione del set con un gruppo multiprofessionale e valutazione post-intervento a sei mesi.

RISULTATI

Il tasso medio di override era dell'87%. Superata la soglia di sei alert per turno, l'override cresceva rapidamente fino al 94%. Il set è stato ridotto da 23 a 7 alert, mantenendo solo quelli con azione clinica definita. Dopo la revisione l'override è sceso al 41% e il tempo mediano di presa in carico dell'alert da 9 a 2 minuti.

CONCLUSIONI

Il valore di un alert dipende dalla scarsità degli alert intorno a lui. Ridurre il numero ha prodotto un guadagno di sicurezza superiore a quello ottenuto aggiungendone di nuovi.

PAROLE CHIAVE

alert fatigue · cartella informatizzata · override · sicurezza

ABS-10

A5 • DATI, DIGITALE E STRUMENTI DI SUPPORTO ALLA DECISIONE

RICERCA ORIGINALE

Qualità dei dati infermieristici nei flussi aziendali: quanto è affidabile ciò su cui costruiamo gli indicatori

M. Fabbri, G. Cattaneo, L. Silvestri

Servizio Controllo di Gestione • Direzione delle Professioni Sanitarie – ASL di [Sede]

INTRODUZIONE

Gli indicatori di qualità sono costruiti su dati raccolti per finalità amministrative. La loro accuratezza rispetto alla documentazione clinica è raramente verificata.

OBIETTIVI

Stimare completezza, accuratezza e tempestività dei campi infermieristici utilizzati per il calcolo di sei indicatori aziendali.

METODI

Audit documentale su un campione casuale stratificato di 600 cartelle in otto unità operative. Confronto campo per campo tra flusso aziendale e documentazione clinica di riferimento, con doppia estrazione indipendente e risoluzione delle discordanze da parte di un terzo revisore.

RISULTATI

La completezza media dei campi è risultata dell'89%, ma con forte variabilità tra unità operative (68%–99%). L'accuratezza è risultata del 76%: gli errori più frequenti riguardavano la data di insorgenza degli eventi (24% di discordanza) e la stadiazione delle lesioni (19%). Il 31% dei record veniva chiuso oltre le 72 ore dall'evento.

CONCLUSIONI

Un indicatore non può essere più affidabile del dato che lo alimenta. Prima di confrontare unità operative è necessario un audit di qualità del dato, altrimenti si misura la qualità della registrazione anziché quella dell'assistenza.

PAROLE CHIAVE

qualità del dato • audit documentale • indicatori • accuratezza

Clima di sicurezza e propensione alla segnalazione: indagine su 940 infermieri di sei aziende sanitarie

C. Moretti, A. Pellegrini, F. Zanetti, R. Guidi

Osservatorio ANIQR sulla Qualità e il Rischio Clinico

INTRODUZIONE

Il numero di segnalazioni di evento è un indicatore ambiguo: può crescere per peggioramento della sicurezza o per miglioramento del clima. Distinguere i due fenomeni richiede la misura del clima.

OBIETTIVI

Descrivere il clima di sicurezza percepito e verificarne l'associazione con la propensione dichiarata a segnalare eventi e near miss.

METODI

Indagine trasversale con questionario validato somministrato a 940 infermieri di sei aziende. Analisi fattoriale confermativa; modelli di regressione multilivello con l'azienda come livello superiore, aggiustati per anzianità, area di lavoro e turnistica.

RISULTATI

La dimensione più critica è risultata la risposta non punitiva all'errore (media 2,7 su 5), la migliore il lavoro di squadra dentro l'unità operativa (4,1). Un punto in più nella risposta non punitiva si associava a un aumento del 68% della probabilità di segnalare un near miss (OR 1,68; IC 95% 1,41–2,01). Il 44% dichiarava di aver rinunciato almeno una volta a segnalare per timore di conseguenze.

CONCLUSIONI

Il tasso di segnalazione va letto insieme al clima. Intervenire sulla risposta non punitiva è la leva più diretta per far emergere gli eventi che oggi restano invisibili all'organizzazione.

PAROLE CHIAVE

clima di sicurezza • segnalazione • just culture • near miss

Debriefing strutturato dopo l'evento avverso: sostenere chi assiste, senza cercare un colpevole

V. Esposito, N. Carbone, S. Martinelli

Risk Management · Servizio di Psicologia Ospedaliera — Azienda Ospedaliero-Universitaria di [Sede]

INTRODUZIONE

Dopo un evento avverso il professionista coinvolto attraversa spesso una condizione di seconda vittima, con effetti documentati su benessere, performance e intenzione di lasciare la professione. Le organizzazioni raramente dispongono di un percorso definito.

OBIETTIVI

Introdurre un percorso di debriefing strutturato entro 72 ore dall'evento e valutarne l'accettabilità, la copertura e l'effetto percepito sul supporto ricevuto.

METODI

Implementazione in quattro unità operative con formazione di dodici facilitatori interni. Percorso a tre incontri con protocollo definito e separazione esplicita dal procedimento di analisi dell'evento. Valutazione con questionario pre-post a 14 mesi e interviste semi-strutturate a 15 partecipanti.

RISULTATI

Sono stati attivati 47 debriefing su 58 eventi eleggibili (copertura 81%). Il punteggio di supporto percepito è passato da 2,4 a 3,9 su 5. Il 92% dei partecipanti ha ritenuto utile la separazione tra debriefing e analisi dell'evento. Le assenze nei 30 giorni successivi all'evento si sono ridotte da una media di 2,1 a 0,8 giornate per professionista coinvolto.

CONCLUSIONI

Rendere esplicita la separazione tra sostegno alla persona e analisi del sistema è la condizione che rende accettabile il percorso. Il debriefing strutturato è realizzabile con risorse interne e produce effetti misurabili anche sul piano organizzativo.

PAROLE CHIAVE

seconda vittima · debriefing · supporto tra pari · just culture

CONTATTI E NOTE

Il lavoro **continua** dopo il Forum.

Un abstract accettato non è un punto d'arrivo. I lavori raccolti qui entrano nell'archivio ANIQR, alimentano l'Osservatorio e il Toolkit, e diventano materiale di confronto per chi affronta lo stesso problema in un altro reparto.

A chi scrivere

COMITATO SCIENTIFICO

Abstract e revisioneinfermieridiricercaircss@gmail.com

SEGRETERIA DEL FORUM

Iscrizioni e logisticaeventi@anigrc.it

RETE E COLLABORAZIONI

Francesco Menolascinafrancesco.menolascina@anigrc.it

PRESIDENZA

Giuseppe Fumaigiuseppe.fumai@anigrc.it

NOTA SUL CONTENUTO DI QUESTA EDIZIONE

Gli abstract, gli autori e i dati riportati in questo workbook sono **dimostrativi**: servono a mostrare il formato del documento in attesa dei lavori reali. Non fanno riferimento a persone, aziende sanitarie o studi esistenti e non vanno citati.

Licenza e citazione

Il workbook è distribuito da ANIQR in formato PDF liberamente scaricabile. I diritti sui singoli abstract restano degli autori. Citazione consigliata: **ANIQR (2026), Workbook Call for Abstract – Forum Infermieristico, edizione 1.0, anigrc.it.**

ANIQR – Associazione Nazionale Infermieri Qualità e Rischio Clinico · associazione non riconosciuta ex art. 36 c.c.
Sede legale: Via Napoli 369/Q – 70132 Bari (BA) · Codice fiscale 93568220722 · www.anigrc.it