2019 | n.1

Infermieri Informati

NOTIZIE DALL'**OPI VICENZA**

RIVISTA IN ABBONAMENTO

EDITORIALE

La Sanità non funziona senza infermieri

FORMAZIONE

L'importanza di un corretto Handover per la prevenzione dei rischi e il miglioramento della qualità di assistenza

Fare l'infermiere e sentirsi infermiere: quanto incide il percorso formativo

APPROFONDIMENTI

PDTA SLA un percorso per la cura e la presa in carico delle persone affette da SLA e delle loro famiglie

Skin Tears: la gestione di un problema poco conosciuto

OPI VICENZA
ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Infermieri Informati
NOTIZIE DALL'**OPI VICENZA**

Norme editoriali

Infermieri Informati pubblica aggiornamenti, comunicazioni brevi, note di attualità, rassegne il cui contenuto sia di chiaro interesse professionale-scientifico infermieristico. Verranno presi in considerazione solo lavori originali (non pubblicati in precedenza) e che non verranno successivamente pubblicati altrove. La responsabilità del contenuto scientifico è esclusivamente degli Autori.
La pubblicazione del materiale è subordinata al giudizio insindacabile della Redazione, la quale si riserva la facoltà di apporre piccole modifiche nel contenuto e/o nella forma.

Note tecniche: il materiale dovrà pervenire in formato elettronico

(Word o Rtf) via e-mail con oggetto "Proposta di pubblicazione" all'indirizzo: vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it o su CD, completo di eventuali tabelle, immagini allegate (segnare nel testo, tra parentesi quadre e in grassetto, il punto di inserzione di ogni allegato). I lavori originali vanno scritti con interlinea 1,5, su una sola facciata, con pagine numerate progressivamente.
Nella prima pagina saranno indicati: il titolo, il nome (per esteso), il cognome degli autori, qualifiche professionali ed Ente di appartenenza. Sempre nella prima pagina dovrà comparire il recapito dell'autore (preferibile l'indirizzo di posta elettronica).

In particolare per la sezione "Approfondimenti" è consigliabile la presenza di un riassunto in italiano e preferibilmente anche in inglese con relative parole chiave. Eventuali ringraziamenti saranno posti alla fine dell'articolo prima della bibliografia. Le tabelle andranno citate in extenso nel testo e con numeri arabi (ad es. tabella 1, figura 1, tutto minuscolo). Se si usano parole straniere è bene ricordare che non si declina mai (ad es. caregiver e non caregivers).
La Bibliografia, secondo Vancouver Style, va inserita nell'ultima pagina e va numerata nell'ordine con cui le singole voci vengono citate nel testo. I richiami, nell'articolo, vanno in numerazione araba. Per le riviste: Autori (cognome e iniziale del nome). Titolo dell'articolo. Titolo della rivista; anno e dopo il punto e virgola (;) il volume. A seguito due punti (:) pagine. Non è obbligatorio indicare il numero del fascicolo.

Ad esempio:

Storti M, Dal Santo P, Zanolin ME. A comparison study between two pain assessment scales for hospitalized and cognitively impaired patients with advanced dementia. Prof Inferm 2008; 61: 210-5.
Per i libri: Autori (cognome e iniziale del nome). Titolo. Editore, città di edizione e anno di edizione.

ISSN 1721-2456
Quadrimestrale

ANNO 2019
NUMERO 1

DIRETTORE RESPONSABILE
Arianna Saugo

REDAZIONE
Federico Pegoraro
Sonia Marcante
Monica Vaccaretti
Arianna Saugo

RESPONSABILE EDITORIALE
Federazioe OPI di Vicenza
Viale Trieste, 29/C - 36100 Vicenza
Tel. 0444 303313 - Fax 0444 514311
e-mail: vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it

PROGETTO GRAFICO
Elena Fattorelli
www.fattorelli.it

DIRITTI
Tutti i diritti sono riservati.
È vietata la riproduzione, anche parziale, senza l'autorizzazione dell'editore.

Indice

Editoriale

La Sanità non funziona senza infermieri 5

Formazione

L'importanza di un corretto Handover per la prevenzione dei rischi e il miglioramento della qualità di assistenza 6

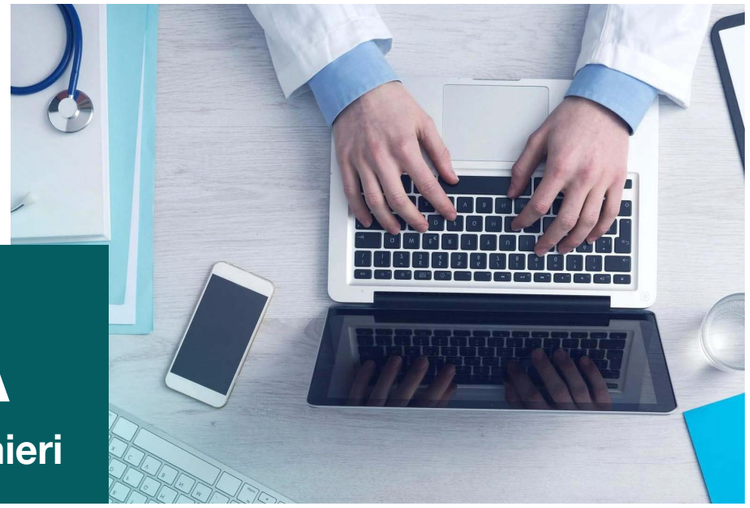
Fare l'infermiere e sentirsi infermiere: quanto incide il percorso formativo 9

Approfondimenti

PDTA SLA un percorso per la cura e la presa in carico delle persone affette da SLA e delle loro famiglie 12

Skin Tears: la gestione di un problema poco conosciuto 15

a cura di
Dott. Federico Pegoraro
Presidente OPI VICENZA



La Sanità NON FUNZIONA SENZA infermieri

Cara/o collega
Lo slogan per la Giornata Internazionale dell'Infermiere 2019, scelto dalla nostra Federazione, appare intimamente collegato ad un forte allarme lanciato ad inizio anno dall'Unione Europea.
Infatti, secondo i dati Eurostat (l'Ufficio Statistico dell'Unione Europea, una Direzione Generale della Commissione europea, che collabora a stretto contatto anche con ONU e OCSE), l'Italia nel 2016 aveva 557 infermieri ogni 100.000 abitanti (negli anni successivi sono diminuiti), mentre sei Paesi dell'Ue 28, tra cui i maggiori partner come Germania e Francia, superavano i mille (dai 1.172 del Lussemburgo ai 1.019 della Francia) e altre sette, tra cui anche il Regno Unito, erano comunque tra i 981 infermieri per 100.000 abitanti della Danimarca e i 610 dell'Estonia.
In aggiunta, un dato sull'Italia della Commissione UE (anche se riferito al 2010, ma con un peggioramento della situazione negli anni successivi) evidenzia anche che nel corso del 2010 si sono ritirati dal servizio 13.400 infermieri, ma ne sono entrati in servizio solo 8.500.
Secondo i dati elaborati dal Centro Studi FNOPI, nel 2023 le stime indicano una carenza rispetto alla domanda di quasi 60.000 infermieri e con "Quota 100" ne potrebbero lasciare il servizio attivo quasi altri 46.000 con conseguenze gravissime per la sicurezza delle cure. Questi dati, senza modifiche ed interventi, sono destinati a salire e raggiungere nel 2028 quota 160.000 circa di carenze.
Per quel che riguarda il Veneto, stimando una carenza attuale già presente di circa 4000 unità (prodotta dal fabbisogno territoriale pari a 1 infermiere ogni 500 abitanti ed il fabbisogno per garantire turn over e applicazione della normativa europea sull'orario di lavoro), **arriveremmo ad avere in Veneto una carenza complessiva di circa 7000 infermieri nel 2020**, considerando carenza ordinaria, straordinaria per quota 100 e pensionamenti ordinari.

Come riuscire in questa cornice a rispondere alle notevoli richieste per una serie di nuovi servizi perché aumenta la popolazione fragile e con un declino della salute fisica e mentale, garantendo livelli assistenziali di qualità e sicurezza? Si prevede infatti che la quota degli anziani nella popolazione totale aumenti dal 18,9% nel 2015 al 29,1% entro il 2080.

La Commissione UE sottolinea che i sistemi sanitari europei dovrebbero anticipare le future esigenze in termini di competenze degli operatori sanitari, in particolare infermieri, in modo che questi possano essere pronti alle esigenze di una società sempre più anziana. Tutti i piani sanitari dovrebbero formulare proposte specifiche per migliorare e sviluppare il ruolo degli infermieri come professionisti della salute più vicini alla comunità e consentire loro di lavorare utilizzando il massimo potenziale in modo più efficace.

Su questo aspetto, emerge ancora una nota dolente. Rispetto alle ultime schede di dotazione ospedaliera approvate dalla Regione Veneto, il Coordinamento OPI del Veneto ha osservato come "**a fronte dell'aumento della cronicità e di fenomeni ad essa correlati, gli investimenti sulle strutture intermedie appaiono insufficienti a far fronte ai bisogni della popolazione**, mentre la riforma delle IPAB è rimasta un libro dei sogni chiuso nel cassetto. L'organizzazione del territorio, come prospettata, appare favorire un modello eminentemente prestazionale, ormai non più attuale; alcuni investimenti coraggiosi sono stati disattesi" (a titolo esemplificativo, in una prospettiva di integrazione tra ospedale e territorio, non si è previsto né tantomeno istituito l'Infermiere di Famiglia, mancando un'opportunità imperdibile).

Come affermato recentemente dalla Presidente Barbara Mangiacavalli, tutti sanno che la sanità non funziona senza infermieri:
"Lo sanno bene i professionisti che lavorano ogni giorno a fianco dei cittadini per far fronte ai loro bisogni di salute. E lo fanno al di là dei condizionamenti che un mondo del lavoro spesso piegato ai bisogni dell'economia impone loro malgrado. Lo fanno perché hanno scelto di farlo e non lascerebbero mai nessuno indietro, mai nessuno solo nel suo bisogno.
Lo sanno bene le Regioni, le aziende sanitarie e le altre professioni che, spesso, fanno dell'infermiere il loro asso nella manica per risolvere problemi di organizzazione, di assistenza e anche di cura. A volte utilizzando metodi che vanno anche al di là – nel bene e nel male – della professionalità infermieristica.
Lo sanno bene i politici che nei momenti clou della propria attività rivolgono maggiori attenzioni alla comunità infermieristica, la più numerosa tra i professionisti della sanità.
Lo sanno bene gli assistiti che nelle indagini e nei sondaggi sostengono l'importanza e la necessità degli infermieri, a volte difendendoli perfino in modo quasi "sindacale". E, cosa più importante, lo testimoniano con il rapporto speciale e diretto che hanno con loro nel momento del bisogno.
Lo sa bene anche chi ormai troppo spesso tenta di arginare la crescita esponenziale della professione con affermazioni strumentali che cercano in qualche modo e senza alcun successo di insinuare dubbi, di mettere in forse conquiste ormai acquisite".

Ma se anche tutti lo sanno, dobbiamo sempre ribadirlo con forza ed orgoglio:

La sanità non funziona senza infermieri!

Orgogliosi di essere Infermieri.

Un caro saluto.
Federico Pegoraro

di **Arianna Saugo**

Dott.ssa Arianna Saugo
Master in Risk Management
Infermiera presso Ambulatorio Cardiologico
Ulss 8 Berica Ospedale di Vicenza

L'importanza di un corretto HANDOVER

per la prevenzione dei rischi e il miglioramento della qualità di assistenza

Nell'ambito della telefonia mobile con il termine **handover** si intende la procedura per la quale un terminale mobile cambia il canale (frequenza e slot di tempo) che sta utilizzando durante una comunicazione, mantenendo attiva la comunicazione stessa.
In ambito sanitario tale termine viene impiegato per definire il **"passaggio delle consegne" del paziente tra operatori sanitari**.
Da numerosi studi presenti in letteratura si evidenzia che la maggior parte degli eventi avversi che si sono verificati in ambito sanitario hanno avuto come causa principale un'inadeguata comunicazione. Un elemento informativo riguardante lo stato dell'assistito che viene omesso o non fornito nella sua completezza può esporre veramente all'insorgenza di eventi avversi o near missing.
I principali fattori che hanno un impatto sulla sicurezza dei pazienti nel contesto del passaggio di consegne infermieristiche sono:

- la comunicazione verbale
- l'organizzazione della documentazione scritta
- il lavoro in team e una cultura basata sulla leadership.

La leadership è intesa come un meccanismo che influenza il comportamento dei partecipanti. Tutto questo spiega come il passaggio delle consegne sia una complessa situazione che, se non svolto in modalità corretta, può creare una condizione di pericolo per la persona assistita.
Lo scambio verbale delle consegne infermieristiche durante il cambio turno, consente di verificare, riformulare e integrare le informazioni con gli aspetti non verbali, permettendo una maggiore profondità dei dati oggettivi che non può essere gestito solo in forma scritta. Inoltre aiuta l'operatore ad avere in brevissimo tempo un quadro completo della situazione clinica e facilita le funzioni macro-cognitive, ovvero il riconoscimento e l'analisi del problema, con attribuzione di significato e pianificazione dell'assistenza infermieristica.
La forma scritta compone le informazioni essenziali per l'accertamento sulla salute del paziente, come ad esempio dati sul progresso, farmaci, grafici, tabelle di osservazione e piani di assistenza infermieristica (Jefferies et al. 2012).
L' **handover** risulta dunque un punto cardine per la gestione del paziente e può portare ad avere una qualità significativa sul livello di qualità assistenziale erogata.

Il metodo SBAR è oramai largamente suggerito. Esso fornisce una sorta di check-list per presentare in modo chiaro, completo e rispettando sempre una certa sequenza i dati importanti riferiti alla situazione pregressa e attuale del paziente, mettendo in evidenza ciò che è raccomandato fare nelle ore a seguire.

S	SITUATION	• Identificazione del paziente • Rapido riconoscimento della sitazione
B	BACKGROUND	• Diagnosi • Anamnesi significativa • Allergie • Esami diagnostici effettuati
A	ASSESMENT	• Segni vitali • Valutazioni cliniche • Preoccupazioni con dati oggettivi a supporto
R	RECOMMENDATION	• Specificare richieste • Formulare suggerimenti chiarendo i tempi e le modalità di attuazione

Sono stati sviluppati ulteriori modelli simili allo SBAR i quali prevedono l'inserimento della sigla I in modo che l'acronimo diventi **ISBAR, dove con "I" si intende "IDENTIFICATION"** del paziente.

Questa modalità permette di porre molta attenzione al suddetto aspetto al fine di evitare possibili errori di scambio di persona, soprattutto in contesti di degenza dove vengono assistiti molti pazienti.

Da parte delle realtà sanitarie italiane che hanno colto l'importanza di tale progetto emerge una predisposizione notevole nell'implementazione di strumenti che possono favorire una corretta procedura di passaggio di consegne. Alcuni esempi che si riportano sono l'utilizzo di schede adeguate a supportare la comunicazione verbale durante lo "scambio informativo" del paziente.
La struttura di tali schede di cui si ha avuto al possibilità di visionare alcuni esempi, rappresenta ciò che viene indicato dalle raccomandazioni per cui le parti che dovranno essere adeguatamente compilate sono strutturate a livelli ognuno riportanti delle sigle che formano unite poi degli acronimi.
Esse devono essere costruite in base al contesto di riferimento al fine di trovare una loro reale capacità operativa e supportare l'operatore nella propria attività.
Se ne riportano degli esempi.

La SOCIETÀ SIARTI in uno studio effettuato nel 2018 dal titolo *"Il passaggio delle consegne nella pratica clinica degli anestesisti rianimatori"* suggerisce delle linee guida per lo sviluppo di strumenti operativi che possano migliorare il contesto nel momento di passaggio della presa in carico del paziente. Nello specifico nel documento viene indicata la necessità di un supporto della comunicazione scritta a quella verbale. Il trattato riporta quanto segue: "sia quando si tratti di un intervento sincronico (es. team chirurgico) sia quando si tratti di un intervento diacronico di più professionisti (es. cambio di turno), a comunicazione scritta e/o orale, dovrà essere **"5C"** (acronimo mnemonico della comunicazione):

- **Concisa**: tesa a evitare, ove possibile, qualsiasi consumo inutile di tempo: ad esempio focalizzando l'attenzione sulle parti anamnestiche più utili a spiegare le condizioni attuali (anamnesi più recente), evitando di effettuare riepiloghi tanto lunghi quanto inutili;
- **Concreta**: efficacemente mirata a far comprendere in modo chiaro i problemi risolti e le modalità di risoluzione utilizzate e quelli ancora aperti e da risolvere valutando insieme anche come risolverli;
- **Corretta**: quanto più possibile, basata su dati precisi cioè oggettivi e oggettivabili;
- **Completa**: in grado di fornire una informazione esaustiva relativamente allo stato clinico di tutti i distretti e di tutte le funzioni d'organo, al decorso, ma anche alle attività svolte e da svolgere;
- **Chiara**: priva di ambiguità, evitando quanto più possibile confondimenti derivanti da informazioni non immediatamente suffragabili con dati oggettivi.

Al fine di prevenire i rischi è necessario in primis conoscerli.

L'importanza del corretto HANDOVER
per prevenire i rischi e migliorare la qualità dell'assistenza

Contesti specifici come per esempio le cure palliative possono utilizzare il metodo IPASS sovrapponibile per certi aspetti allo SBAR. L'acronimo **IPASS** è articolato come segue:

- **INESS**: patologia per cui è stata posta indicazione a terapia del dolore o cure palliative.
- **PATIENT**: sintesi clinica; informazioni sulla prognosi della malattia, la pianificazione del percorso di cure palliative, il ruolo della terapia del dolore all'interno di tale percorso.
- **ACTION**: lista delle attività programmate (tecnica scelta per la terapia del dolore, strategia di cure palliative) ed eventuali piani di riserva in caso di inefficacia/insufficienza.
- **SITUATION**: condizioni del paziente al momento della consegna e presumibile evolutività del quadro clinico, necessità di controlli, programmazione di sedute, rapporto con i familiari e contatti di riferimento.
- **SYNTHESIS**: chi riceve le informazioni verifica la validità del percorso stabilito e pone eventuali domande.

Alcune realtà chirurgiche presenti sul territorio italiano per l'"handover" del paziente, dall'Unità Operativa di sala operatoria ad un'Unità Operativa di degenza, hanno sviluppato un progetto dall'acronimo **AIAI** in cui:

A: in cui devono essere inseriti tutti i dati anagrafici del paziente (corrispondente alla I di ISBAR).

I: vengono inseriti i parametri vitali misurati con un rispettivo punteggio atto a definire la criticità del paziente.

A: devono essere specificati gli accessi venosi e/o arteriosi.

I: devono essere specificate presenza di ossigenoterapia, catetere vescicale, drenaggi, SNG.

Al fine di riuscire a prevenire i rischi è necessario in primis conoscerli. Si potranno a tal punto utilizzare le armi corrette per abbatterli e soprattutto creare ambienti dove i rischi stessi trovano concreta impossibilità di verificarsi e insediarsi per dopo trasformarsi in critici eventi avversi oppure, ancor peggio, in eventi sentinella. Come si è potuto notare da alcuni esempi presentati gli strumenti operativi presenti possono essere vari. La strategia fondamentale è provare a costruire progetti per le proprie realtà lavorative.

È una provocazione che lancia una sfida complessa, la quale vedrebbe entrare in gioco diversi livelli organizzativi, ma che sicuramente varrebbe la pena affrontare.

D'altronde... **un lungo cammino dovrebbe iniziare sempre con un primo passo.**

Bibliografia

- 13° FORUM RISK MANAGEMENT. Dott.ssa Bacci Ilaria, Dott.ssa Signorini Patrizia: "Progetto handover per pazienti da SO verso setting non intensivi", appunti della Dott.ssa Arianna Saugo.
- Giampiera Bulfone, 1 Marinello Sumathy, 1 Simonetta Grubissa, 2 Alvisa Palese: Trasferire efficacemente informazioni e responsabilità attraverso le consegne: revisione della letteratura, Assist Inferm Ric 2012;31(2):91-101.
- SOCIETÀ SIARTI: Il passaggio delle consegne nella pratica clinica degli Anestesisti-Rianimatori, tratto dl sito http://www.siaarti.it/Ricerca/, accesso novembre 2018.

di **Sonia Marcante**

Dott.ssa Sonia Marcante
Coord. attività didattiche e docente
Corso di Laurea in Infermieristica
sede di Montecchio P.
Università di Padova

FARE L'INFERMIERE E SENTIRSI INFERMIERE:
quanto incide il percorso formativo

IN ITALIA MANCANO 100.000 INFERMIERI, DI CUI 3.385 SOLO NEL VENETO

La popolazione infermieristica sta invecchiando: l'età media di 43,3 anni nel 2012 è in salita.
Solo il 19,5% dei professionisti ha meno di 35 anni, mentre il 26% ne ha più di 50. Questo comporta un reale **rischio di sovraccarico operativo sulla fascia di età intermedia**, sulla quale ricadono da un lato i problemi connessi al completamento del processo formativo dei professionisti più giovani e dall'altro gli effetti del ridimensionamento delle motivazioni e la maggior incidenza di limitazioni in ambiente lavorativo degli infermieri più anziani e prossimi alla pensione.

È necessario formare nuovi infermieri e il numero chiuso previsto per l'accesso ai corsi di laurea sembra essere un primo ostacolo. Nella provincia di Vicenza convivono due corsi di laurea in Infermieristica, uno a Vicenza, afferente all'Università di Verona, che nel 2018 ha accolto 100 matricole, e uno a Montecchio Precalcino, afferente all'Università di Padova, che ne ha accolte 78. Il corso, finalizzato alla formazione del futuro infermiere, abilita alla professione: per questo a fianco di una didattica frontale che copre circa la metà dei crediti formativi totali, prevede il tirocinio, che comprende, oltre all'esperienza diretta nei contesti clinici, anche sessioni di tutorato su discussione di casi e problem-solving, laboratori didattici per l'apprendimento di abilità tecniche e relazionali, seminari, studio guidato e produzione di report.
Implementare il numero di posti in entrata al corso, anche se sembra la via più semplice da seguire per incrementare il numero di nuovi infermieri da immettere nel mercato del lavoro, comporta inevitabilmente la necessità di investire sulle risorse dedicate, in particolare, sui docenti universitari di Infermieristica, sulla dirigenza dei Corsi di Laurea, su tutor didattici formati e in numero proporzionale agli studenti assegnati, su un adeguato numero di contesti e di tutor di tirocinio in modo da poter garantire a tutti gli studenti adeguate opportunità formative.
È necessario riflettere sulla qualità del professionista che si laurea. In Italia stiamo assistendo ad un duplice scenario che incide sul numero effettivo di neolaureati: **da un lato l'insuccesso accademico** (35-37%) degli studenti, in particolare il tasso di abbandono degli studi soprattutto nel passaggio tra il 1° e 2° anno, **dall'altro il fenomeno emergente dell'abbandono della professione ad un anno dall'assunzione**, da parte di infermieri neo laureati (34,4%).

Fare l'infermiere e sentirsi infermiere:
quanto incide il percorso formativo

Dalla letteratura emergono 3 FATTORI principalmente responsabili di questo fenomeno sui quali possiamo agire:

1. FATTORI PERSONALI

La scelta del Corso di Laurea in Infermieristica non è sempre supportata da idee chiare e motivazioni forti, per cui l'impatto dello studente con il tirocinio modifica l'atteggiamento di fiducia iniziale per il prevalere di immagini e situazioni negative a scapito di quelle positive. La difficoltà di trovare all'interno del contesto professionale un adeguato supporto, spesso porta alla scelta di abbandonare il percorso con ricadute non solo sullo studente coinvolto, ma sull'intera coorte, in quanto impedisce di fatto il pieno utilizzo dei posti disponibili, riducendo drasticamente il numero di candidati al conseguimento della laurea. Rispetto a questo l'OPI di Vicenza sta sviluppando un progetto promosso dalla FNOPI che prevede un'intensa **campagna di orientamento presso le scuole superiori** di tutta la provincia. L'intervento si rivolge in particolare alle scuole che prevedono al loro interno percorsi formativi orientati all'ambito socio assistenziale, con lo scopo di far conoscere il corso di studi in Infermieristica e i suoi sbocchi professionali per attrarre studenti motivati e possibilmente con un livello di preparazione migliore.

2. FATTORI AMBIENTALI

La residenza dello studente, rispetto alla sede del corso e del tirocinio, e le difficoltà economiche per il mantenimento agli studi hanno un ruolo nella decisione di abbandonare. In questo caso, interventi di orientamento a livello di scuole superiori potrebbero rendere **più consapevoli** i futuri studenti **sugli investimenti anche economici** che il corso richiede.

3. FATTORI ORGANIZZATIVI

Tra le difficoltà di apprendimento teorico riferite dagli studenti spiccano la concentrazione di molte discipline in poco tempo, la mancanza di tempo per studiare e la mancanza di una precedente preparazione. Per far fronte a questo è necessario **investire sul numero e la qualità dei formatori**, ai fini di poter strutturare dei percorsi più a misura di studente che tengano conto delle caratteristiche individuali e permettano di sviluppare interventi di supporto e accompagnamento per gli studenti in difficoltà. Questo consentirebbe anche una maggiore integrazione e cooperazione tra "guida di tirocinio" e tutor didattico, al fine di fornire agli studenti ulteriori opportunità di apprendimento che li aiutino ad affrontare le difficoltà nello svolgimento del tirocinio, come l'integrazione delle conoscenze teoriche nella pratica clinica e lo sviluppo di pensiero critico, ma anche opportunità di rielaborazione dell'esperienza in particolare volte ad affrontare il forte impatto emotivo con la realtà assistenziale e le relazioni non sempre facili con gli infermieri del reparto e con i tutor.

È necessario diffondere nelle organizzazioni, in primis tra i professionisti infermieri, la cultura della formazione. I cardini dell'agire professionale dell'infermiere sottolineano l'importanza del tirocinio e il ruolo dell'Infermiere all'interno della formazione di base:

1. Art. 1 comma 4 del **Profilo Professionale**: *"l'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca".*
2. Art.11 **Codice Deontologico**: *"L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati".*
3. **Ordinamento didattico**: *"Particolare rilievo, come parte integrante e qualificante della formazione professionale, riveste l'attività formativa pratica e di tirocinio clinico, svolta con almeno 60 CFU con la* ***supervisione e la guida di tutori professionali appositamente assegnati****, coordinata da un docente appartenente al più elevato livello formativo previsto per ciascun specifico profilo professionale e corrispondente alle norme definite a livello europeo ove esistenti".*

Gli studenti rappresentano sicuramente un impegno e una responsabilità professionale, per questo gli infermieri che si assumono l'onere di essere "**guide di tirocinio**" devono veder riconosciuto appieno il loro ruolo, essere incentivati alla formazione e veder sostenuta la loro motivazione. Questo è quanto prevede anche il DGR n. 1439 / 2014 che stabilisce che, l'incarico di guida di tirocinio aziendale, viene attribuito con provvedimento del Direttore Aziendale, a infermieri "con elevate competenze tecnico-cliniche e con esperienza professionale in ambito clinico non inferiore a 2 anni". Lo stesso cita: "la guida garantisce l'inserimento degli studenti nell'unità operativa/servizio in cui ha luogo il tirocinio e, conformemente agli obiettivi previsti, li aiuta nel percorso di acquisizione delle competenze professionali e della capacità di agire nel contesto organizzativo specifico, attraverso le attività di seguito elencate:

Garantire ai giovani infermieri di domani il miglior supporto formativo è nell'interesse della comunità.

1. promozione di condizioni adeguate alla presa in carico dello studente;
2. individuazione e applicazione di procedure atte a favorire l'orientamento dello studente e l'inserimento nell'equipe professionale;
3. individuazione e selezione di situazioni di lavoro da trasformare in opportunità di apprendimento con riferimento alle abilità cliniche da sviluppare;
4. predisposizione e applicazione di un piano di lavoro che assicuri la guida diretta all'apprendimento delle competenze, la sperimentazione in sicurezza dei diversi interventi, la supervisione durante l'attività e la graduale responsabilizzazione dello studente.

Gli studenti sono però soprattutto una risorsa perché rendono dinamico il contesto, favorendo la riflessione critica e l'implementazione delle EBN, perché promuovono l'aggiornamento continuo dei loro tutor, perché contribuiscono alla produzione/aggiornamento di procedure/protocolli e, attraverso gli elaborati di tesi, possono svolgere un'attività di ricerca finalizzata a rispondere a quesiti clinici specifici. Il tirocinio è un investimento per il futuro della professione, per questo i contesti clinici devono essere aperti all'accoglienza degli studenti e allo sviluppo di opportunità formative, gli infermieri devono proporsi per la docenza nelle tematiche di competenza previste dal percorso di studi, e/o per la conduzione di laboratori professionalizzanti e sessioni di tutoraggio negli ambiti specifici di competenza professionale. Il tirocinio aiuta lo studente ad apprendere il ruolo, a sviluppare identità e appartenenza professionale, a esporsi a modelli di rifermento e a socializzare con la professione e i suoi valori.

Sicuramente il clima organizzativo in questo periodo non è dei migliori: organizzazioni sempre più complesse e dinamiche, modelli organizzativi articolati, implementazione della normativa europea sulla turnistica con ricadute sull'organizzazione dell'assistenza, invecchiamento della popolazione infermieristica con conseguente minore elasticità e capacità di adattarsi ai cambiamenti, un contratto con luci e ombre che ha acceso gli animi tra i professionisti, sono tutti fattori fortemente presenti nei contesti e che hanno riflessi non sempre positivi sulla formazione degli studenti.
Gli studi ci dicono che, se la maggior parte degli studenti che hanno scelto consapevolmente di diventare infermieri sono soddisfatti dell'esperienza di tirocinio, dall'altra parte si rileva anche che la maggior parte degli studenti insoddisfatti della loro esperienza di tirocinio, avevano una motivazione iniziale forte. Questo significa che **non solo il contesto non ha supportato i più deboli, ma ha anche minato la fiducia dei più motivati**. Gli infermieri devono prendere consapevolezza di questo e far emergere la loro professionalità, per contribuire alla creazione di contesti di tirocinio accoglienti e con buone opportunità formative che favoriscano il riconoscimento di ruolo e la fidelizzazione alla professione. Gli studenti sono il seme della professione: gli atteggiamenti e i comportamenti dei professionisti, siano loro guide di tirocinio o meno, contribuiscono a creare idee, pensieri, cultura, comportamenti, nei quali possono identificarsi o no, ma che contribuiranno sicuramente alle loro scelte e al tipo di professionista che ne deriverà.

Gli studenti che oggi sono in formazione nelle corsie saranno gli infermieri di domani, i nostri colleghi, ma anche coloro che ci si prenderanno cura di noi e dei nostri familiari: garantir loro buone opportunità di apprendimento e adeguato supporto formativo è interesse della comunità a cui apparteniamo.

Bibliografia

- F. Romana Loberto, S. Terzoni, A. Destrebecq, "Indagine trasversale sull'abbandono del corso di laurea in infermieristica presso l'Università degli Studi di Milano" rivista dell'infermiere n.4/2012
- G. Artioli G, G. Giarelli, "L'abbandono nei corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? "dossier n. 152/2007 agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
- https://www.infermieristicamente.it/articolo/8932/infermieri-il-34-per-cento-vuole-abbandonare-la-professione-ecco-perche
- https://www.infermieristicamente.it/articolo/9202/quali-sono-i-fattori-che-influiscono-sull-abbandono-della-professione-infermieristica-lo-studio
- M. Amann Gainotti, S.Pallini "Le motivazioni alla scelta del corso di laurea in infermieristica: uno studio comparativo"- 20080212_artinferm. per nursing ultima versione_pallini.doc

di **Monica Vaccaretti**

PDTA SLA un percorso diagostico terapeutico assistenziale

per la cura e la presa in carico globale delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e delle loro famiglie

UN PROGETTO DELL'AMBULATORIO SLA DELL'ULSS 8 BERICA

La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) è una malattia neurologica degenerativa caratterizzata da una progressiva debolezza muscolare accompagnata da atrofia sino alla paralisi.
La prognosi è strettamente legata al coinvolgimento dei muscoli respiratori e al deterioramento della loro funzione.
I dati epidemiologici della malattia evidenziano una incidenza di 2-3 casi e una prevalenza di 6 casi ogni 100.000 abitanti. Nella realtà vicentina l'incidenza è di 9 nuovi casi l'anno con una prevalenza di 18.

In letteratura numerosi studi evidenziano che **le condizioni della persona assistita possono essere peggiorate da una scarsa o inappropriata presa in carico clinica assistenziale ed organizzativa**. Una revisione condotta dall'American Academy of Neurology sottolinea che una gestione multidisciplinare eleva lo standard di cura migliorando la qualità di vita. Il Ministero della Salute già nel 2009 indicava la necessità di pianificare procedure operative atte ad abbreviare i tempi di attesa di accesso alle cure e proponeva di elaborare, secondo le migliori evidenze scientifiche, percorsi diagnostici terapeutici assistenziali con lo scopo di migliorare sensibilmente la qualità di vita delle persone colpite da SLA.
Considerando che tale qualità di vita è significativamente compromessa con alterazioni importanti di aspetti legati alla motricità, alla nutrizione e alla respirazione, sì è sentita forte la necessità anche nella nostra Azienda di definire uno specifico percorso assistenziale dedicato che tenga conto della complessa criticità e della cronicità della malattia.

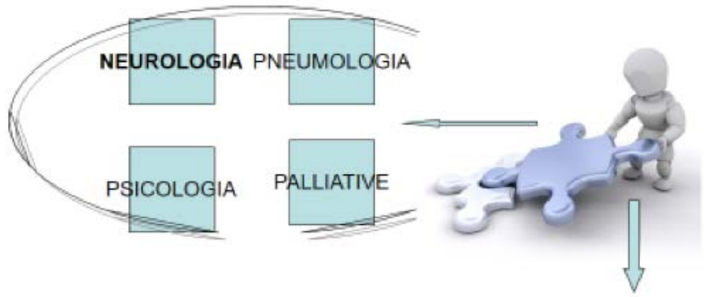
Un gruppo di lavoro multidisciplinare dell'ULSS Berica ha elaborato, nel rispetto della normativa vigente (DGR n. 2095 del 7 dicembre 2011) un interessante documento (2013) che propone un percorso strutturato per aiutare ed orientare il paziente e i suoi familiari in ogni fase della cura e dell'assistenza. Una presa in carico globale ed efficace del malato, dalla diagnosi sino alle ultime fasi assistenziali, è resa possibile grazie all'intervento di specialisti (**neurologo, psicologo, fisiatra, fisioterapista, otorinolaringoiatra, logopedista, medico di medicina generale, palliativista**) coordinati da un infermiere **CASE MANAGER**. A tale figura infermieristica viene riconosciuto un ruolo centrale nel percorso: le sue competenze consentono di garantire un continuum assistenziale che va dall'ammissione in ospedale sino al follow up e di evidenziare i bisogni della persona secondo un ordine e una priorità.

Dott.ssa Monica Vaccaretti
Infermiera presso U.O. Poliambulatori
Ulss 8 Berica e Consigliere OPI

Nella realtà vicentiva ci sono 9 nuovi casi all'anno di SLA.

Visto il decorso della malattia ragionevolmente prevedibile, il PDTA garantisce una pianificazione anticipata e condivisa degli interventi assistenziali con il paziente che viene coinvolto nel suo percorso di cura. Le prestazioni sono diversificate in relazioni alle fasi della malattia, alle condizioni cliniche del malato, alle funzioni vitali coinvolte e al loro grado di compromissione.
Il PDTA elaborato garantisce chiarezza del percorso, equità di accesso, verifica dell'appropriatezza delle prestazioni clinico assistenziali offerte attraverso un **approccio multidisciplinare-multi professionale**. Rispetta le esigenze/volontà del paziente e considera fondamentale la comunicazione delle informazioni anche ai care givers. Prevede l'individuazione di un referente clinico all'interno del team e l'ottimizzazione delle risorse e dell'organizzazione per le esigenze di terapia intensiva respiratoria. Garantisce la continuità e l'integrazione assistenziale ospedale - territorio e prevede percorsi facilitati per i ricoveri programmati, i ricoveri di sollievo temporanei in RSA, Hospice e Ospedale di Comunità e l'assistenza domiciliare. Stabilisce la revisione periodica delle SVAMA tenendo presente la clinica della SLA e prevede il coinvolgimento attivo delle associazioni di volontari nella definizione dei bisogni del paziente.

POLIAMBULATORIO OSPEDALIERO



Il percorso proposto si articola in cinque fasi:

1. **Sospetto di SLA**
   Si attua un primo inquadramento clinico in base ai sintomi da parte del Medico di Medicina Generale, si conferma la diagnosi da parte del neurologo, si stabilisce un ricovero in lista prioritaria nel reparto di Neurologia.

2. **Primo ricovero**
   Si effettuano indagini standard ed avanzate secondo modello predefinito per un corretto inquadramento del paziente. Si instaura un processo di comunicazione e supporto psicologico. Si inizia una presa in carico del Team Multidisciplinare SLA dell'Ospedale e si effettua una valutazione tempestiva globale finalizzata alla stadiazione della patologia e alla definizione del piano terapeutico, riabilitativo e assistenziale del paziente.

3. **Follow Up** da parte del MMG e dell'ambulatorio integrato per le patologie neurodegenerative con il coinvolgimento del territorio. Si assicura l'effettiva continuità della presa in carico durante la fase di progressione della malattia con rivalutazione del paziente ogni quattro mesi.

4. **Presa in carico globale del paziente** con malattia avanzata da parte dell'U.O. Cure Primarie Distrettuali mediante l'Unità Valutativa Multidimensionale (UVMD) per l'attività di assistenza globale. Durante la fase di malattia di totale dipendenza da supporti vitali fino alla fase terminale si prevede la presa in carico da parte dell'U.O. Cure Primarie distrettuali, l'erogazione di contributi economici e l'inserimento in assistenza residenziale e domiciliare. Ciò si rende necessario quando il paziente è sottoposto a nutrizione artificiale tramite SNG, PEG o a ventilazione meccanica domiciliare, al termine di un ricovero ospedaliero in regime di dimissione protetta. Si prevede la stesura di un Progetto di Assistenza Integrata (PAI) da parte dell'Unità Valutativa Multidimensionale (UVMD) che definisce il setting assistenziale più idoneo, domiciliare o residenziale.

5. **Procedura per la ventilazione meccanica e la gestione delle emergenze respiratorie**
   Poiché le complicanze respiratorie rappresentano per questi pazienti la causa terminale, incidendo sulla sopravvivenza e sul peggioramento della qualità di vita, risulta essere fondamentale condividere con l'assistito e i suoi familiari, prima che si presenti un deficit della funzione respiratoria, la decisione riguardo alla possibilità di intraprendere la ventilazione meccanica (VM), inizialmente non invasiva (NIV) o di eseguire una tracheostomia per una ventilazione meccanica cronica (TIV) secondo una procedura operativa condivisa.

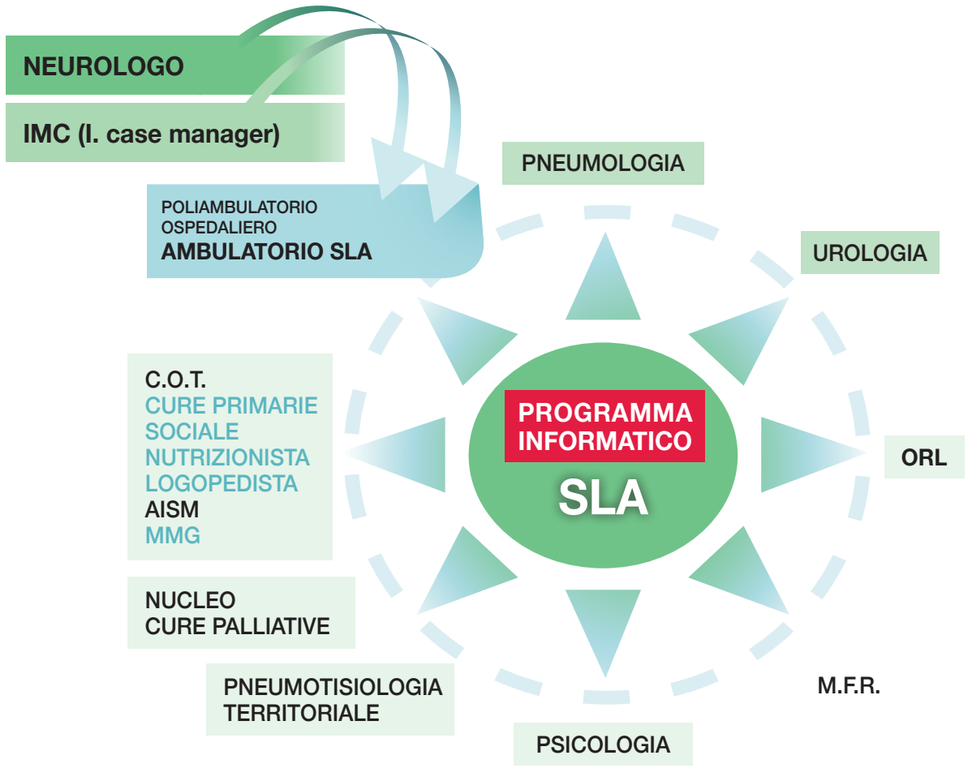
PDTA SLA un percorso per la cura e la presa in carico delle persone affette da SLA e delle loro famiglie

Secondo i dati relativi alla realtà dell'ambulatorio integrato SLA dell'Ulss 8 Berica, risulta che **GLI ASSISTITI CON DIAGNOSI DI SLA SONO 41**, di cui 14 afferenti all'ambulatorio e 20 seguiti a domicilio. Di questi 11 sono portatori di PEG, 5 dipendenti da NIV e 7 portatori di tracheostomia. I pazienti provenienti da Ulss limitrofe sono 10.

Il PDTA elaborato ed attuato nella nostra Ulss permette quindi di attuare un'assistenza integrata che sia continuativa, versatile, individuale, dialogica. Soggetto a costanti revisioni, prevede una sinergia d'azione tra specialisti, una condivisione di strategie, la verifica dei risultati, l'aggiornamento scientifico e normativo (es. legge 219/17 art. 2.2), periodiche riunioni mensili del team SLA ed il continuo monitoraggio dello stato neurologico, psicologico, nutrizionale, pneumologico della persona assistita.

DARE 'GAMBE' ALLE IDEE

Coord. AFD Graziella Piccoli - Anno 2015



SINTESI DI TESI

Silvia Maddalena
Infermiera presso OIC di Thiene

SKIN TEARS:
la gestione di un problema poco conosciuto

Le Skin Tears sono ferite comuni negli anziani, la corretta gestione richiede competenze specifiche.

Nell'ultimo secolo, il miglioramento delle condizioni di vita della società e i progressi della medicina hanno determinato un aumento della popolazione anziana (>65 anni). L'Italia è fra i paesi al mondo con la più alta percentuale di anziani. Secondo i dati ISTAT 2017, in Italia la popolazione con più di 65 anni è pari a 22,3%.

Inoltre i dati ISTAT 2016 stabiliscono che il 66,7% della popolazione con più di 75 anni presenta almeno due malattie croniche; il dato è in aumento rispetto all'anno precedente (65,4%).

Le lacerazioni cutanee sono causate in gran parte dall'invecchiamento e in parte anche dalle comorbilità associate all'invecchiamento. Dai dati ISTAT è possibile dedurre che è un problema in crescita in relazione aumento dell'invecchiamento. Inoltre **senza un corretto trattamento queste ferite possono diventare croniche**, con una guarigione prolungata, un aumento dei costi del sistema sanitario nazionale ma soprattutto possono provocare dolore e angoscia inutili (Bianchi, 2012).

Questa revisione vuole far conoscere ai professionisti sanitari e non le Skin Tears attraverso la consapevolezza della dimensione del problema, delle migliori pratiche di prevenzione, i fattori di rischio, le scale di valutazione e la gestione mediante il trattamento.

Le **SKIN TEARS** o lacerazioni cutanee sono definite dall'ISTAP (International Skin Tear Advisory Panel) come "**ferita causata da forze di taglio, attrito, e/o corpo contundente con conseguente separazione degli strati della cute**. Una ST può essere **a spessore parziale** (separazione dell'epidermide dal derma) **oppure a tutto spessore** (separazione di epidermide e derma dalle strutture sottostanti)" (LeBlanc et all.,2011).
Le Skin Tears sono ferite comuni nelle persone anziane in ospedale, nelle strutture residenziali e nella comunità (Carville, Leslie, Osserain-Moisson, Newall & Lewin, 2014); interessano anche i neonati con pelli immature, i pazienti critici o con malattie croniche che richiedono assistenza nella cura personale (LeBlanc et al., 2011).

OBIETTIVO

L'obiettivo di questa revisione è quello sviscerare tutti gli aspetti relativi alle skin tears e di farle conoscere ai professionisti sanitari e non attraverso la consapevolezza della dimensione del problema, delle migliori pratiche di prevenzione, i fattori di rischio, le scale di valutazione e la gestione mediante il trattamento.

METODO

Per reperire in letteratura studi che affrontassero tale tematica sono state consultate le principali banche dati di interesse biomedico: Pubmed, CINHAL e Cochrane Library.
Sono stati selezionati 19 studi i quali si focalizzano principalmente sulla popolazione anziana in generale, ospedalizzata o istituzionalizzata e qualche studio sui neonati. Inoltre, gli studi analizzati appartengono principalmente a contesti australiani, canadesi e americani perché risultano essere più sovrapponibili al nostro e perché hanno un sostanziale quantitativo di articoli pregressi.
I criteri di esclusione sono stati: articoli non in inglese, studi svolti in ambito domiciliare, studi sulle skin tears gestite in contesti di emergenza, studi appartenenti nello specifico alle lacerazioni pretibiali e gli studi di prevalenza e incidenza realizzati in Giappone e in Cina.

RISULTATI

L'analisi della letteratura ha permesso di evidenziare i principali outcomes di interesse:

- L'efficacia dell'idratazione 2 volte al giorno per ridurre l'incidenza delle skin tears.
- L'affidabilità, la validità e la condivisione dei sistemi di classificazione.
- I prodotti raccomandati e non per le lacerazioni cutanee.
- I dati di prevalenza e incidenza in Italia, USA, Australia, Canada e Nuova Zelanda.
- L'identificazione dei fattori di rischio intrinsechi ed estrinseci.
- Gli interventi da attuare per prevenire le lacerazioni cutanee.
- La definizione di Skin tears universalmente accettata.

NELLA REVISIONE SONO STATE EVIDENZIATE 5 AREE DI INTERESSE:

• Fattori di rischio • Interventi di prevenzione • Sistemi di classificazione • Detersione e gestione del lembo • Scelta della medicazione

FATTORI DI RISCHIO

I fattori di rischio delle Skin tears vengono suddivisi in due categorie:

• **INTRINSECI** • **ESTRINSECI**

I principali **fattori di rischio intrinseci** sono l'età, in particolare, nei suoi valori estremi.
La fragilità della cute dell'anziano e l'immaturità della cute del neonato rendono questi soggetti più suscettibili allo sviluppo di skin tears.
Un ulteriore fattore di rischio è rappresentato dalla razza caucasica (LeBlanc et al.,2011).
I principali **fattori di rischio estrinseci** sono:

- storia di lacerazioni cutanee precedenti perché causa maggiore fragilità della cute.
- l'immobilità o la ridotta mobilità.
- la dipendenza nelle ADL perché è presente un maggior rischio di trauma meccanico durante le attività di routine come lavarsi, i trasferimenti letto-carrozzina e viceversa, la vestizione e l'accompagnamento in bagno.
- L'alterazione sensoriale, visiva e uditiva.
- I deficit cognitivi come la demenza, delirium, comportamento aggressivo.
- Il deficit nutrizionale in quanto un'alimentazione e un'idratazione insufficienti possono influire sulla vitalità del tessuto.
- La detersione frequente con acqua calda
- Politerapia

INTERVENTI DI PREVENZIONE

Per prevenire le Skin Tears si dovrebbe identificare precocemente i soggetti a rischio.
Vista l'attuale assenza di una scala di valutazione validata, l'unica opzione per l'operatore sanitario è quella di identificare sul paziente i fattori di rischio intrinseci ed estrinseci che conosce.
Una volta identificati i rischi si attuano interventi di prevenzione (LeBlanc, 2011).

I principali interventi di prevenzione sono suddivisi in:

FATTORI AMBIENTALI	CURA DELLA CUTE
• Assicurare un'adeguata illuminazione; • Rimuovere piccoli tappeti; • Smussare o tappezzare con imbottitura o materiale morbido i bordi taglienti dei mobili o del letto	• Eliminare o ridurre l'attrito e la pressione dove possibile; • Ai soggetti a rischio far indossare maniche lunghe e pantaloni lunghi; • Mantenere idratata la cute.

Stephen-Haynes & Carville, 2011

SKIN TEARS: la gestione
di un problema poco conosciuto

SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE

In letteratura sono state individuate 3 classificazioni ma nessuna delle tre è ancora in uso nella pratica clinica.

1993	2007	2011
Primo sistema di classificazione: **PAYNE-MARTIN**	Secondo sistema di classificazione: **STAR**	Terzo sistema di classificazione: **ISTAP**

Tipo 1: Nessuna perdita di pelle	**Tipo 2:** Perdita parziale del lembo	**Tipo 3:** Perdita totale del lembo
Strappo lineare o a lembo che può essere riposizionato per coprire il letto della ferita	Perdita parziale che non può essere riposizionata per coprire il letto della ferita	Perdita totale del lembo che espone l'intero letto della ferita

GESTIONE DEL LEMBO

La detersione della lacerazione cutanea è equiparabile a quella delle UDP ovvero con soluzione fisiologica 0,9% e una siringa da 35cc con ago da 19 gauge.
La gestione del lembo consiste innanzitutto nel riposizionarlo sopra la ferita e questo deve essere fatto utilizzando delle garze sterili inumidite o dei cotton fioc. Non è opportuno utilizzare le pinze chirurgiche perché causano traumatismo o addirittura la rottura del lembo.
Se risulta difficile riposizionare il lembo, l'infermiere deve applicare delle garze sterili inumidite sul lembo per 5-10 minuti, per reidratarlo e poi procedere con il riposizionamento (LeBlanc et al., 2011; LeBlanc et al., 2017).

Le 3 figure mostrano il riavvicinamento del lembo sopra la ferita con due cotton fioc (tratte da LeBlanc et al., 2017).

SCELTA DELLA MEDICAZIONE

La scelta della medicazione dipende da: caratteristiche della ferita, valutazione dell'operatore, accettabilità del paziente (Ubbink et al., 2017).

RACCOMANDATE	NON RACCOMANDATE
• Schiume in poliuretano: utilizzare le versioni senza adesivo nel bordo. • Idrofibre: utilizzarle se è presente molto essudato. • Alginato: da utilizzare in caso di ferita sanguinante perché crea emostasi. • Idrogel: da utilizzare con cautela perché può macerare. • Medicazioni al silicone. • Medicazioni a matrice lipidocolloidale. • Colla cutanea (cianoacrilato)	• Idrocolloidi • Film semipermeabili (Tegaderm®) • Queste medicazioni e quelle contenenti dell'adesivo causano lacerazioni soprattutto se rimosse in modo scorretto. *LeBlanc et al.,2011; LeBlanc et al.,2017*

Approfondimenti

SKIN TEARS: la gestione di un problema poco conosciuto

CONCLUSIONE

- Le Skin Tears sono ferite comuni soprattutto nella popolazione anziana;
- Gli studi italiani sull'incidenza non sono presenti ed è presente solo uno studio sulla prevalenza;
- Sono state create 3 scale di classificazione ma nessuna delle 3 ha raggiunto un consenso globale;
- La scelta della medicazione più idonea risente a volte la mancanza di conoscenze specifiche dei professionisti sanitari rispetto alla gestione delle skin tears.

Bibliografia

- Carville, K., Leslie, G., Osseiran-Moisson, R., Newall, N., & Lewin, G. (2014). The effectiveness of a twice-daily skin-moisturising regimen for reducing the incidence of skin tears. International Wound Journal, 11(4):446-453. DOI:10.1111/iwj.12326
- LeBlanc, K., Kozell, K., Martins, L., Forest-Lalande, L., Langlois, M., & Hill, M. (2016) (g., 2014). Is Twice-Daily Skin Moisturizing More Effective Than Routine Care in the Prevention of Skin Tears in the Elderly Population. J Wound Ostomy Continence Nurs, 43(1):17-22. DOI: 10.1097/WON.0000000000000195
- LeBlanc, K., Baranoski, S., Christensen, D., ... Regan, M. (2011). Skin tears: state of the science: consensus statements for the prevention, prediction, assessment, and treatment of skin tears. Advances in Skin &Wound Care, 24(9 Suppl):2-15. DOI: 10.1097/01.ASW.0000405316.99011.95
- Strazzieri-Pulido, K. C., Peres, G. R., Campanili, T.C., & de Gouveia Santos, V. L. (2017). Incidence of skin tears and risk factors. J Wound Ostomy Continence Nurs, 44(1):29-33. DOI: 10.1097/WON.0000000000000288
- Lewin, G. F., Newall, N., Alan, J. J., Carville, K. J., Santamaria, N. M., & Roberts, P. A. (2015). Identificantion of risk factors associated with the development of skin tears in hospitalised older persons: a case-control study International Wound Journal, 13(6): 1246-1251. DOI: 10.1111/iwj.12490
- Bianchi, J. (2012). Preventing assessing and managing skin tears. Nurs Times, 108(13):12,14,16.
- LeBlanc, K., & Baranoski, S. (2017). Skin tears: Finally recognizeg. Advances In Skin & Wound Care, 30(2):62-63. DOI: 10.1097/01.ASW.0000511435.99585.0d.
- Strazzieri-Pulido, K. C., Peres, G. R. Campanili, T.C., & de Gouveia Santos, V. L. (2015). Skin tears prevalence and associated factors: a systematic review. Revista Da Escola De Enfermagem Da USP, 49(4):668-674. DOI: 10.1590/S0080-623420150000400019
- LeBlanc, K., Alam, T., & Langemo, D. (2016). Clinical challenges of differentiating skin tears from pressure ulcers. EWMA Journal, 16(1):17-23. 23
- Carville, K., Lewin, G., Newall, N., Haslehurst, P., Michael, R.., Santamaria, N., & Roberts, P. (2007). STAR: a consensus for skin tear classification. Primary Intention, 15(1):18-28.
- Rapporto Istat, (2016). Italia in cifre. Edizione: 2016. Retrieved from: http://www.istat.it/it/files/2016/08/ItalianInCifre2016It.pdf
- LeBlanc, K., Woo, K., Christensen, D., Forest-Lalande, L., O'Dea, J., Varga, M., ... Ineveld, C. V. (2017). Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears. Wound Care Canada. Retrived from: https://www.woundscanada.ca/docman/public/healthcareprofessional/bpr-workshop/552- bpr-prevention-and-management-of-skin-tears/file
- LeBlanc, K., Christensen, D., Orstedad, H., & Keast, D. (2008). Best practice recommendations for the prevention and treatment of skin tears. Wound Care Canada, 6(8):14-30.
- LeBlanc, K., Christensen, D., Cook, J., Culhane, B., & Gutierrez, O. (2013). Prevalence of skin tears in a long-term care facility. J Wound Ostomy Continence Nurs,40(6):580584. doi: 10.1097/WON.0b013e3182a9c111
- LeBlanc, K., Baranoski, S., Holloway, S., Langemo, D. (2013). Validation of a new classification system for skin tears. Advances In Skin & Wound Care, 26(6):263-5. DOI: 10.1097/01.ASW.0000430393.04763.c7
- LeBlanc, K., Baranoski, S., Christensen, D., Langemo, D., Edwards, K., Holloway, S., ... Woo, K.Y. (2016). The Art of Dressing Selection: A Consensus Statement on Skin Tears and Best Practice. Advances In Skin & Wound Care, 29(1):32-46. DOI:10.1097/01.asw.0000475308.06130.df
- Newall, N., Lewin, G. F., Bulsara, M. K., Carville, K. J., Leslie, G. D., Roberts, P. A. (2015). The development and testing of a skin tear risk assessment tool. International Wound Journal, 14(1):97-103. DOI: 10.1111/iwj.12561
- Stephen-Haynes, & J., Carville, K. (2011). Skin tears made easy. Wounds International, 2(4), 1-6.
- Martini, F., Timmons, M. J., & Tallitsch, R. R. (2012). Apparato tegumentario (cap.4). Anatomia Umana. Napoli: casa editrice EdiSES.
- Woodard, I. (2001). La funzione tegumentaria (cap.51). Brunner Suddarth, Nursing medico-chiururgico. Milano: casa editrice Ambrosiana.
- Baharestani, M. M. (2007) An overview of neonatal and pediatric wound care knowledge and considerations. Ostomy Wound Manage, 53(6):34-36, 38, 40.
- Farage, M., Miller, K., Elsner, P., & Maibach, H. (2013). Characteristics of the aging skin. Advances In Skin & Wound Care, 2(1):5–10. DOI: 10.1089/wound.2011.0356
- All Wales Tissue Viability Nurse Forum (2015). The All Wales Guidance for the Prevention and Management of Skin Tears. Wound UK, London: Ellis, R., & Gittins, E. Retrived from: www.wounds-uk.
- Ubbink, D. T., Brölmann, F. E., Go, P. M., & Vermeulen, H. (2015) Evidence-Based Care of Acute Wounds: a perspective. Advances Wound Care, 4(5):286-294. DOI 10.1089/wound.2014.0592
- Paghetti, A., Rossi, M., & Liporace, N. (2016). Lo scenario epidemiologico delle lesioni cutanee: le indagini nazionali AISLeC. Italian Journal of WOCN, 7(1):4.
- Zanetti, E., Grementieri, E., & Pinelli, L. (2016). Indagine di prevalenza nazionale delle skin tears e raccomandazioni di comportamento clinico. Italian Journal of WOCN, 7(1):5.

grafica: www.fattorelli.it

Infermieri Informati

NOTIZIE DALL'**OPI VICENZA**

OPI VICENZA
ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

OPI Ordine Professioni Infermieristiche Vicenza
Viale Trieste, 29/C - 36100 Vicenza - Tel. 0444 303313 - Fax 0444 514311
vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it - PEC: vicenza@cert.ordine-opi.it
www.opivicenza.it