

Infermieri Informati

NOTIZIE DAL COLLEGIO IPASVI

nr.2
2017

FORMAZIONE

PDTA

Il percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) e la loro attuazione

Dott.ssa Arianna Saugo

APPROFONDIMENTI

Il lavoro a turni e la qualità delle cure erogate: alcuni spunti di riflessione

La soddisfazione dei bambini con spina bifida e delle loro famiglie nell'impiego dell'irrigazione anterograda del colon secondo Malone

Valutazione del rischio di sviluppo lesioni da pressione e da device nel neonato in terapia intensiva neonatale

NEWS

Evento del 27 Settembre:
Colori e forme dell'Alzheimer

Novembre 2017:
Elezioni del nuovo consiglio direttivo IPASVI di Vicenza.



Indice

Infermieri Informati | Anno 2017 | n°2

Editoriale	
Il momento delle scelte	05
Formazione	
Il percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) e la loro attuazione.	06
Approfondimenti	
Il lavoro a turni e la qualità delle cure erogate: alcuni spunti di riflessione.	09
La soddisfazione del bambini con spina bifida e delle loro famiglie nell'impiego dell'irrigazione anterograda del colon secondo Malone.	14
Valutazione del rischio di sviluppo lesioni da pressione e da device nel neonato in terapia intensiva neonatale.	16
News	
Evento del 27 Settembre: Colori e forme dell'Alzheimer.	20
Novembre 2017: Elezioni del nuovo consiglio direttivo IPASVI di Vicenza.	22

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 allegare (segnare nel testo, tra parentesi quadre e in grassetto, il punto di inserimento 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 estenso 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.

Editoriale



a cura di
Federico Pegoraro
Presidente IPASVI VICENZA

Il momento delle scelte

Cara/o Collega. Siamo nuovamente giunti a conclusione di un triennio di mandato di rappresentanza; facendo un bilancio del percorso fatto posso confermare che sono stati tre anni intensi che hanno visto (come spesso accade nelle organizzazioni) momenti di forte intesa, momenti di confronto e discussione critica ma sempre costruttiva, momenti di difficoltà nel perseguire gli obiettivi prefissati ad inizio percorso da parte del gruppo di Consiglio Direttivo.

Come sapete, tutti noi componenti del Collegio siamo in primis Infermieri, con un mandato lavorativo personale e con impegni familiari, che hanno però scelto di dedicare parte del proprio tempo per perseguire gli obiettivi istituzionali di un Ente di rappresentanza. Con l'avvicinarsi dell'assemblea elettiva per il rinnovo delle cariche direttive volevo proporvi alcuni passaggi di riflessione, per me estremamente significativi, proposti dalla nostra Presidente nazionale Barbara Mangiacavalli, che richiamano la forte responsabilità che ognuno di noi ha nel scegliere i propri rappresentanti istituzionali.

"Un momento che assume i toni della conferma per chi ha ben operato o della discontinuità per scelte diverse che si differenziano da quelle precedenti, ma che devono essere sempre legate alla qualità dell'azione svolta e da svolgere."

È il momento in cui ogni infermiere deve analizzare dentro sé stesso ciò che è stato negli ultimi tre anni e quello che vorrebbe sia nei prossimi tre. Ma soprattutto deve farlo con il proprio cuore, i propri occhi e il proprio pensiero, senza che nulla e nessuno possa intramettersi nella sua scelta.

Al momento del voto - e tutti dovrebbero votare perché la professione si tutela anche così: è un diritto, una possibilità di conferma o cambiamento, ma anche un dovere - chi sceglie sta scegliendo una leadership a cui affidare il compito di tutela e crescita della professione.

Le critiche e le osservazioni sono materia facile da portare avanti, le lodi e i riconoscimenti mai. Critiche e osservazioni, siano esse spontanee, siano guidate da chi le utilizza per distruggere e non per costruire, possono però anche avere il loro fondamento in problemi reali che i professionisti hanno dovuto affrontare nel loro percorso e allora è giusto che diventino un vero e proprio "voto" per chi magari è rimasto inerte



davanti ai problemi della professione. Ma non devono mai trasformarsi nell'arma di chi guarda oltre tali orizzonti: in questo modo si limitano quelli professionali per cercare di raggiungere uno status spesso personale, che con la professione ha poco a che fare.

Questo vuole dire che nessuno mai, nel momento della scelta, al momento del voto, dovrebbe dare agli altri un punto "da fissare" per vedere cose che possono non essere dentro di noi, ma che facilmente possono suggestionare e condizionare le nostre scelte. E ovviamente nessuno mai dovrebbe "fissare un punto" che non sia quello dettato dalla propria coscienza e dal proprio pensiero.

È bene ricordare che nessuna leadership è fatta di regole, ma della capacità di chi è leader di essere nel cuore delle cose, delle persone. Un vero leader deve essere quello che fa la differenza nel successo di un'organizzazione, facendo sentire le persone che ne fanno parte al centro, perché sia dato pieno significato al loro lavoro, al loro agire.

Il nuovo modello di sanità su cui tutti ci battiamo perché sia la base dell'assistenza moderna, è anche questo: un infermiere (leader) che sia in grado con la sua professionalità di far sentire il paziente al centro di una comunità professionale che opera con lui e per lui.

Su questo dobbiamo ormai essere tutti d'accordo. E allora, traslando il concetto nella scelta legata al voto per il rinnovo dei Collegi, significa che chi sarà scelto per essere leader, deve essere in grado di farci sentire al centro della nostra professione e non "strumenti" di altre scelte, dettate da altri scopi e che spesso hanno altri fini rispetto a quello primario di difendere e accrescere la professionalità di tutti e allo stesso modo.

Questo dovremmo analizzare al momento della scelta: se coloro i quali stiamo scegliendo sono integri, sono davvero sé stessi e non alias di qualcun altro, sono sinceri.

Ma attenzione, parliamo di leader e non di capi, i

quali che hanno fini personalistici, di autorità e di focus solo all'obiettivo e non alle persone. Noi infermieri abbiamo bisogno di un leader o di un capo nel rinnovo dei vertici dei nostri collegi? La scelta, come ho premesso, è dentro di voi, dentro di noi".

Parole forti, ma che sono pregne del contenuto di significato di ciò che vuol dire spendersi per una causa, aggiungerei di forte valenza sia interna (per la professione) che esterna (per la società).

Tre anni passano in fretta, ma sono anche lunghi e presuppongono idee e ideali per disegnare percorsi di lancio e rilancio della nostra professione. Sta a noi scegliere chi davvero questi disegni non sa solo farli sulla carta, ma sa anche seguirli e perseguirli nella realtà, in prima persona, con proprie responsabilità e con la coscienza, la consapevolezza e la capacità di cui gli infermieri sono capaci.

La tornata elettorale per il nostro Collegio si svolgerà, in seconda convocazione, nei giorni 12-13-14 novembre prossimi; ci sarà anche una concomitante occasione formativa, ripetuta in 2 edizioni (il 13 e 14 novembre) per discutere sul tema delle novità introdotte dalla Legge 24/2017 (Legge Gelli) con l'autorevole presenza del Prof. Daniele Rodriguez.

Ricordo infine che tutti gli iscritti possono proporre la loro candidatura per la funzione di Consigliere, sia individuale che di gruppo, e che sarà dato spazio nel nostro sito web istituzionale al materiale (che **non dovrà** contenere il logo IPASVI) che perverrà in Collegio entro il 20 ottobre prossimo (inviare a: vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it)

Votare - e farlo bene - è essenziale per il nostro futuro.

Un caro saluto e arrivederci a presto.



Dott.ssa Arianna Saugo
infermiera presso Ambulatorio Cardiologico
Ulss 6 Ospedale di Vicenza

PDTA

I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali e la loro attuazione

Dott.ssa Arianna Saugo



I percorsi diagnostici terapeutici assistenziali PDTA, conosciuti anche come percorsi critici, percorsi assistenziali, percorsi di assistenza integrata, piani di gestione dei casi, percorsi clinici o mappe di assistenza, sono utilizzati per pianificare e seguire in modo sistematico un programma di assistenza centrato sul paziente.

Una definizione che il Piano Sanitario nel 2010-2012 fornisce ai PDTA è la seguente: *“una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica”*.

Il Piano Nazionale della Cronicità del 2016 definisce i PDTA: *“strumento di programmazione del processo di cura e di integrazione tra diversi professionisti e diverse strutture, base dei programmi di gestione della malattia, processi capaci di guidare la filiera delle offerte nel governo dei servizi per le patologie croniche”*

Essi sono altresì strumenti metodologici e tecnico scientifici necessari al riordino degli interventi sanitari.

“ I PDTA, sono conosciuti come percorsi critici, percorsi assistenziali, percorsi di assistenza integrata, piani di gestione dei casi, percorsi clinici o mappe di assistenza ”



I PDTA sono utilizzati per pianificare e seguire in modo sistematico un programma di assistenza centrato sul paziente.

Obiettivi

Si pongono come obiettivi:

- L'innovazione dell'organizzazione sanitaria rendendola multifunzionale e interdisciplinare
- Il miglioramento della qualità di cure
- L'integrazione con la rete territoriale
- L'appropriatezza della sicurezza e della sostenibilità
- La formazione e l'aggiornamento dei professionisti

Considerazioni

Lo sviluppo territoriale dei PDTA realizzabili apre verso due considerazioni:

1. La dimensione della continuità assistenziale: coinvolge cure primarie e medicina generale (reti cliniche integrate)
2. Prospettiva di interventi nuovi per prevenzione e riabilitazione

La riabilitazione a cui si fa riferimento riguarda un'area culturale e scientifica in cui si cerca di eliminare i fattori di rischio evidenziati che contrastano stili di vita salutari e comportamenti che promuovono la salute (es sovrappeso, ipertensione arteriosa, dislipidemia).

Cosa rappresentano i PDTA?

In sostanza i PDTA rappresentano:

- Nuovo strumento riorganizzativo
- Modello per una governance integrata
- Modello di gestione per la continuità assistenziale: ospedale-territorio (modello Chronic Care)

THE CHRONIC CARE MODEL



I PDTA sono prestazioni, che prevedono la partecipazione di diversi specialisti e professionisti, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia per una specifica patologia



Il processo di costruzione

Il **processo di costruzione** di un PDTA avviene attraverso le fasi del ciclo di DEMING (Pain DoCeckAct) e prevede varie fasi preliminari:

- Identificazione dei criteri di priorità
- Analisi dei bisogni dell'organizzazione
- Presa coscienza dei problemi economici e assistenziali
- Interazione tra direzione strategica, professionisti, assistiti e cittadini interessati.

La decisione ultima spetta al governo regionale o all'Azienda Sanitaria. Anche l'ambito privato accreditato e convenzionato deve essere coinvolto nel processo decisionale, se parte significativa del percorso.

A redigere i PDTA è un gruppo messo ad hoc e istituito dalla Direzione Generale di un'Azienda. Il gruppo di lavoro richiede la partecipazione dei referenti professionali degli attori del percorso: **dirigenti, medici, infermieri, componenti dei Servizi Sociali, tecnico-amministrativi.**

Per la progettazione è indispensabile identificare le caratteristiche dei pazienti oggetti di PDTA mettendo in evidenza criteri di inclu-

sione e/o esclusione. La definizione accurata della popolazione pertinente ai PDTA permette una verifica della qualità del processo. I PDTA propongono una precisa sequenza spaziale e temporale di attività e comportamenti attraverso l'elaborazione di diagrammi di flusso (o flow-chart).

Non va dimenticato che in parallelo alla costruzione del percorso effettivo, **devono essere ricercate le fonti** di letteratura/EBM/EBN, **relative al problema** individuato, con **lo scopo di definire le migliori strategie** gestionali e disegnare un "percorso ideale" che serva da riferimento e confronto per valutare i punti critici del percorso effettivo.

L'applicazione dei PDTA

L'applicazione dei PDTA può essere un punto di riferimento per una vera **integrazione tra ospedale e territorio** ottimizzando e mettendo in rete tutte le risorse professionali, tecnico scientifiche e tecnologiche in una ricerca di valorizzazione dei ruoli, delle competenze e delle metodologie di lavoro multi-professionale.



Bibliografia

1. Laboratorio PDTA, Fondazione Sicurezza in Sanità: "Conoscere i PDTA", Forum Risk Management Firenze 1 dicembre 2016
2. 11 FORUM RISK MANAGEMENT, appunti e foto di Arianna Saugo

Sitografia

3. Dimensione infermiere: "Costruzione di un PDTA o Protocollo Diagnostico Terapeutico Assistenziale", tratto dal sito: <http://www.dimensioneinfermiere.it/come-si-costruisce-protocollo-assistenziale-pdta/>, data di accesso novembre 2016



Sonia Marcante
Tutor didattico e docente corso di laurea in Infermieristica Università di Padova sede di Montecchio Precalcino

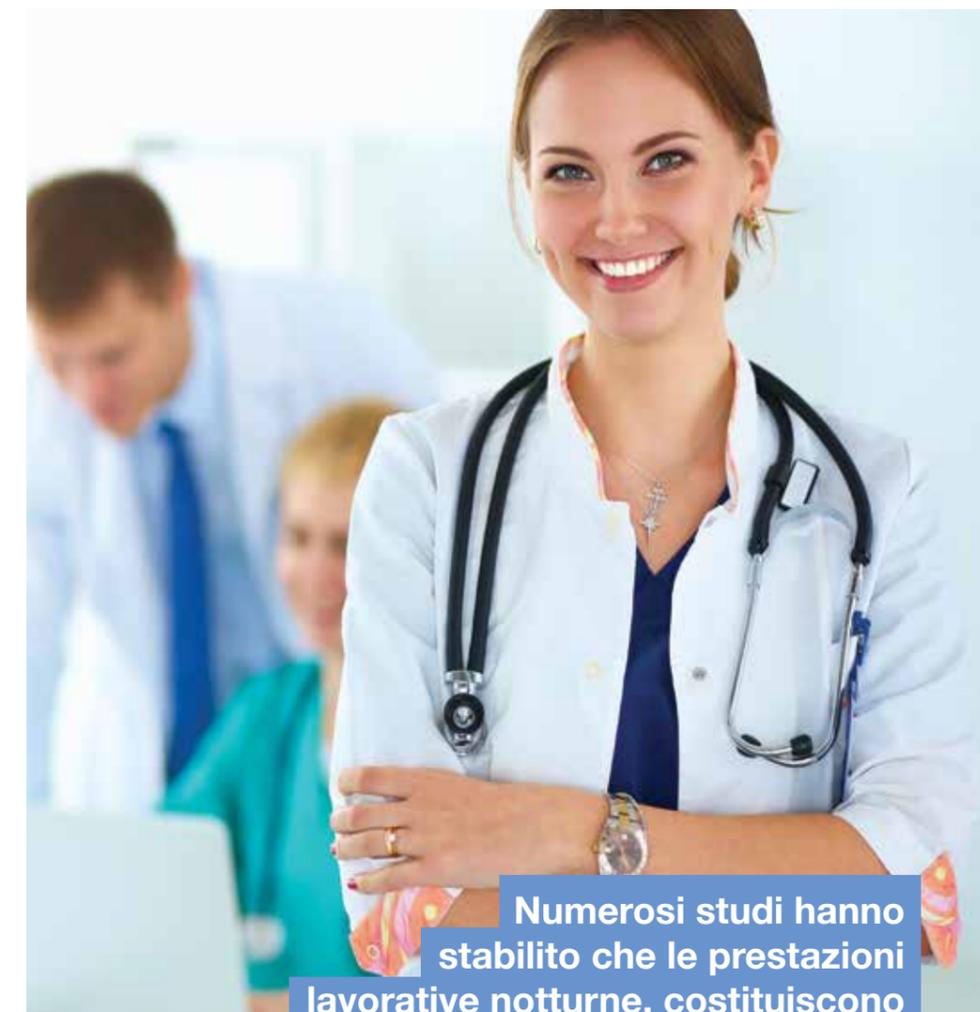
Il lavoro a turni e la qualità delle cure erogate:

alcuni spunti di riflessione

Le professioni sanitarie sono una delle principali categorie di lavoratori che svolgono la propria attività in turno. I bisogni sanitari, infatti, richiedono una risposta in qualsiasi momento del giorno e in qualsiasi giorno.

Il lavoro a turni però determina degli effetti sulla persona che lo svolge, sull'organizzazione e sulla comunità. Numerosi studi condotti sia in Italia che all'estero, hanno stabilito **l'esistenza di una stretta relazione tra il lavoro a turni ed il livello di benessere psicofisico del lavoratore**, dimostrando in modo convincente che la turnazione, in particolare quella che prevede **prestazioni lavorative notturne**, costituisce un'oggettiva **condizione di stress per l'individuo**, con ripercussioni sia sullo stato di salute fisica e sociale, che sulla prestazione lavorativa e, di conseguenza, sulla qualità della cura erogata alla persona, come descritto in letteratura. È questo il motivo principale che ci porta ad alcune riflessioni su quale sia la tipologia di orario lavorativo più congrua. Purtroppo non c'è un'unica risposta a questo quesito, sicuramente l'entrata in vigore della legge 161/14 nel novembre 2015, ha visto l'implementazione e diffusione di diverse matrici di turno che tentano di conciliare le "regole" dettate dalla normativa soprattutto con le esigenze dei lavoratori e delle organizzazioni però non sempre è chiara la valutazione delle ricadute sull'utente.

Ma facciamo un passo indietro: quali sono, secondo la letteratura, le ripercussioni del lavoro a turni sul lavoratore e sulla qualità delle prestazioni erogate?



Numerosi studi hanno stabilito che le prestazioni lavorative notturne, costituiscono condizione di stress per l'individuo.

Quali sono le conseguenze dei turni sulla salute?

- **Alterazioni del ritmo della melatonina:** il ritmo giornaliero della melatonina è scandito dall'alternanza luce- buio; secreta durante l'oscurità ambientale, causa sonnolenza e inibisce diverse funzioni endocrine.
- **Alterazioni del ritmo di secrezione del cortisolo** (plasmatico e salivare), ormone che regola il metabolismo e aiuta la veglia di giorno.
- **Alterazioni del ritmo circadiano** che comprende i ritmi corporei che influenzano la temperatura, i livelli degli ormoni nel sangue e l'alternanza sonno/veglia.
- **Disturbi** quali e quantitativi **del sonno.**
- **Modificazioni del modello alimentare** in seguito all'irregolarità delle ore di sonno/veglia che sono associate a un'elevata percentuale di ulcere duodenali, peptiche e gastroduodeniti;

- **Disturbi nervosi come ansia, depressione e nevrosi**, aumento del consumo di sostanze psicotrope, di alcool e tabacco;
- **Aumento dello stress e del burn-out**
- **Problemi circolatori e cardiovascolari**: esiste una relazione tra infarto del miocardio e lavoro turnista, il rischio aumenta progressivamente, quando la permanenza in turno raggiunge i 6 - 15 anni;
- **Ridotta fertilità**, un alto rischio di aborti e di parti prematuri;
- Un incremento del **rischio di cancro** al seno, endometrio, colon retto, prostata, linfoma non Hodgkin.
- I lavoratori turnisti sono particolarmente a rischio di avere un **incidente sul lavoro**. In particolare, il lavoro notturno è fortemente collegato ad un incremento degli incidenti sul lavoro.



Quali sono le conseguenze dei turni sulle relazioni sociali e familiari?

- Notevoli **conflitti lavoro - famiglia**
- **Difficoltà nella gestione** individuale del tempo libero
- Molti infermieri si dichiarano **insoddisfatti del proprio lavoro** e tra le cause di questa insoddisfazione vi è la mancanza di flessibilità dei turni.
- L'intolleranza alla vita in turno varia secondo il tempo e degli individui. **Si possono distinguere due categorie di lavoratori turnisti: coloro che si adattano e coloro che non si adattano.** Questo è legato sia a fattori personali (età, malattie...) che socio-ambientali (composizione familiare, status...): la flessibilità alle abitudini del sonno o l'abilità a superare la fatica sono fattori importanti per la tolleranza al lavoro turnista.

Quali sono le conseguenze sulla qualità delle prestazioni erogate?

- La turnistica e il supporto organizzativo hanno un significativo impatto sulla qualità dell'assistenza: **passando da modelli di turnistica "peggiori" a quelli "migliori" la qualità dell'assistenza migliora.**
- Gli infermieri turnisti evidenziano performance minori e meno motivate nella cura dei pazienti. **Regolarità dei turni infermieristici, associata ad uno staff qualitativamente idoneo, sono associate ad un miglioramento delle condizioni generali del paziente.**
- Le capacità di *leadership*, d'insegnamento e di collaborazione, di pianificazione e valutazione dell'assistenza,
- di relazioni interpersonali e sviluppo professionale sono significativamente migliori in coloro che lavorano di giorno rispetto ai turnisti. Tra i turnisti sono anche più frequenti gli infortuni, gli errori e le sviste, sia nella terapia sia nell'effettuazione delle procedure.
- La durata limitata del turno è fortemente associata alla diminuzione di errori e incidenti critici.
- **Un impegno di 12 ore aumenta la soddisfazione lavorativa e favorisce la percezione di lavorare bene, ma riduce l'attenzione e la vigilanza rispetto a quelli di 8 ore.**

Alcune conseguenze sulla salute dei lavoratori a turni: disturbi del sonno, ansia, problemi circolatori, possibile rischio di cancro.



La prestazione lavorativa risulta migliore tra gli infermieri che lavorano 8 ore

Fattori che influenzano la tolleranza del lavoro a turni

- **Fattori individuali:** età, stato di salute, anzianità lavorativa, personalità, caratteristiche comportamentali, ritmo sonno-veglia, assetto crono biologico.
- **Fattori familiari:** sesso, stato civile, numero ed età dei figli, livello socio-economico, presenza di secondo lavoro, lavoro del coniuge (turnista), condizioni abitative, atteggiamenti della famiglia.
- **Fattori connessi con il posto di lavoro:** caratteristiche del compito, retribuzione, livello di qualificazione, grado di soddisfazione, opportunità di carriera, relazioni interpersonali, pendolarismo.
- **Fattori legati al tipo di turno:** discontinuo, semicontinuo o continuo, ruotante o fisso, numero di notti consecutive per ciclo e compressive per turno, lunghezza del ciclo, direzione e velocità della rotazione, orari di cambio turno, week end liberi per ciclo.
- **Fattori ambientali e sociali:** settore lavorativo, mercato del lavoro, tradizione del lavoro a turni, atteggiamenti della comunità, organizzazione dei servizi, attività sociali.

Le disposizioni contenute nel D. Lgs n°66/2003 in attuazione della direttiva

93/104/CE hanno lo scopo di regolamentare in modo uniforme su tutto il territorio nazionale i profili di disciplina del rapporto di lavoro connessi alla organizzazione dell'orario di lavoro.

Di seguito alcuni dei criteri per progettare turni di lavoro accettabili e mitigarne le conseguenze negative:

Durata dell'orario di lavoro:

- La **prestazione lavorativa risulta migliore** tra gli infermieri che lavorano **8 ore**.
- La **durata del turno notturno** dovrebbe essere inferiore a quella diurna e comunque **non superiore alle 8 ore**.

Nella strutturazione del sistema di turnazione preferire:

- Rotazioni a breve termine riducendo al minimo il numero di notti consecutive
- Rotazione in "ritardo di fase": mattino / pomeriggio / notte
- Non iniziare troppo presto il turno del mattino.
- Prevedere un orario giornaliero più lungo seguito da un pomeriggio breve e una notte brevissima: lo scopo è mantenere integra una parte della notte.
- Tra un turno notturno e il successivo ci dovrebbe essere un riposo di 24 ore : garantire un minimo di 2 giorni consecutivi liberi dopo la notte.
- I rapidi cambiamenti (dalla mattina al pomeriggio dello stesso giorno o dal pomeriggio alla mattina) dovrebbero essere evitati in quanto non consentono un adeguato recupero psico-fisico.

Per quanto riguarda il modello di gestione emerge come sia utile

- **Mantenere un turno regolare e prevedibile:** i lavoratori dovrebbero conoscere il loro turno per tempo, per poter pianificare la loro vita extra-lavorativa.
- **Favorire il cambio turno flessibile** per dare la possibilità al lavoratore di esercitare un controllo sull'impegno lavorativo, adattandolo alle proprie esigenze.
- **Favorire l'autogestione da parte dei componenti del reparto** secondo un modello partecipativo, dove il coordinatore interviene non sulle scelte ma sulla coerenza del turno rispetto alle norme.

“ La durata del turno notturno dovrebbe essere inferiore a quella diurna e comunque non superiore alle 8 ore. ”

La tipologia di matrice che prioritariamente si diffonde è M/P/N, che rispecchia la diffusa matrice P/MN invertendone le fasi, come previsto dalla normativa.

Vorrei proporre alcuni spunti di riflessione rispetto a quanto raccolto lungo le corsie. Parlando con coloro che hanno adottato questa tipologia "classica" in ritardo di fase M/P/N emerge come il **turno sia sicuramente più sostenibile, ma anche la scarsità di riposi "reali" e la scarsa flessibilità dell'orario, che non permette cambi turni e quindi rende difficile la conciliazione con la vita privata.** Per questo molti desiderano sperimentare una matrice di turno diversa, in particolare quella che prevede il turno a 12 ore.

Questa tipologia di turno, scelta e sperimentata in più contesti, ha fatto emergere non pochi motivi di riflessione.

Come detto sopra, **i turni di 12 ore possano rappresentare un serio rischio per la salute (stress, fatica, deficit di sonno, infortuni)** con ricadute anche sulla qualità dell'assistenza erogata e maggior rischi per l'utente, ove non opportunamente bilanciati da misure compensative.

Gli studi presenti in letteratura mettono a confronto turni di 12 ore con turni di 8 o meno ore. Scarsi sono invece gli studi che mettono a confronto le diverse articolazioni/matrici di turno.

Coloro che hanno sperimentato turni di durata inferiore alle 8 ore ma con rotazioni frequenti, li preferiscono rispetto alla tipologia "classica", soprattutto perché i **turni sono più sostenibili e i riposi adeguati,** ma controverse sono le opinioni rispetto al miglioramento della qualità di vita. Come aspetto negativo emerge il mancato recupero psicofisico, per esempio nel rientro alle 19 dopo smonto notte e minor tempo per espletare le attività durante il turno. Infatti spesso la necessità di adeguare il turno alla normativa, ha messo in secondo piano la necessità di riorganizzare le attività rispetto alla nuova articolazione della turnistica e alla presenza in servizio di profili orario diversi, per cui di fatto a turni più brevi corrisponde lo stesso "carico di lavoro" previsto dal turno originario.

Il turno notturno, una volta tutelato, ha acquisito pari dignità degli altri per cui, pur rispettando il riposo di 11 ore, non sempre prevede un periodo di riposo di almeno 24 ore dopo lo "smonto notte", indicato per evitare un eccessivo affaticamento e recuperare velocemente il deficit di sonno.

Anche per questo molti tra i professioni-



sti sembrano orientati ai turni di 12 ore che permettono una miglior organizzazione del lavoro e di qualità di vita privata, nonostante la stanchezza legata alla lunghezza del turno. Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto forse sarebbe da valutare momenti di riposo "strutturati" non solo durante il turno diurno, dove la sovrapposizione d'orario del personale diurno consente la pausa di mezz'ora a chi fa 12 ore, ma anche nel turno notturno. In letteratura emerge come ottimizzare la possibilità di pause all'interno del turno lavorativo, in specie se notturno, in ambienti confortevoli e capaci di permettere anche dei pisolini (naps o micronaps) che, se anche di breve durata (15-20 minuti), possono alleviare la sonnolenza, migliorare la vigilanza, ridurre il senso di fatica.

Orari di lavoro

Un'altra raccomandazione presente in letteratura riguarda **l'inizio dell'orario di lavoro: non iniziare troppo presto il turno del mattino, posticipandolo preferibilmente alle ore 7 o più tardi per salvaguardare in particolare il sonno REM.** Anche l'orario del cambio degli altri turni dovrebbe avvenire rispettivamente tra le 13 e le 14 per il turno pomeridiano e tra le 20 e le 22 per il turno notturno. Tali orari sembrerebbero cadere in periodi di tempo che condizionano in misura limitata gli orari dei pasti, del sonno e del risveglio mattutino. Questo non avviene per esempio quando è previsto un cambio turno a mezzanotte. Occorre inoltre valutare l'orario di inizio dei turni anche in funzione del tempo di pendolarismo, più intenso nell'articolazione dei turni di durata inferiore alle 8 ore.

Un altro aspetto importante riguarda la pianificazione del turno a lungo termine e la possibilità di chiedere dei giorni di riposo o effettuare cambi turno. In letteratura emerge come sia preferibile pianificare i turni con buon anticipo: quanto più il ciclo di turnazione è regolare e comunicato con largo antici-

po, tanto più si consente al lavoratore di programmare al meglio e mantenere i rapporti e i momenti di interazione familiare e sociale. Nonostante questo, è importante consentire cambi di turno e il maggior numero possibile di fine settimana liberi per evitare un prolungato estraniamento dal contesto familiare e sociale.

Conclusioni

In conclusione possiamo dire che la dotazione organica e la possibilità di garantire il turno programmato senza necessità di saltare riposi e/o ridurre la presenza in turno, renderebbe più accettabile e meno gravosa qualsiasi tipologia di matrice scelta. La scelta della tipologia è strettamente connessa alle caratteristiche del gruppo di lavoro (età media, situazione familiare, residenza...) e alla tipologia di U.O. soprattutto per carico di lavoro, intensità di cura e turn over dei pazienti. Si tratta di una scelta organizzativa che coinvolge direttamente gli infermieri soprattutto per le ricadute che essa ha sulla qualità delle prestazioni erogate, sulla frequenza di errori e incidenti critici e, in ultima analisi, sulla presa in carico della persona che a loro si è affidata.

I turni di 12 ore possono rappresentare un serio rischio per la salute, con ricadute sulla qualità dell'assistenza erogata



Bibliografia

- Baldissera A., Palese A., Saioli L. Il lavoro a turni negli ospedali: modelli organizzativi a confronto. AIR 2001; 20 (4): 220-29.
- Bonomi W., Macario A., Maioli S., Prandelli C. **Il lavoro per turni in ospedale. Alcune novità in letteratura.** Assistenza Infermieristica e Ricerca. Gennaio-Marzo 2006, 25(1).
- Cho SH, Ketejian S., Barkauskas VH, Smith DG. The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. Nurse Res. 2003 Mar-Apr; 52(2):71-9
- Coffey L.C., Skipper J.K., Jung F.D.: Nurses and shift work: effects on job performance and job related stress. Journal of Advanced Nursing, 1988;13(2): 245-54.
- Costa G. Livore F. Cataletti G. Gaffuri E., Folkard S.. Circadian characteristics influencing interindividual differences in tolerance ad adjustment to shift work: Ergonomics 1989;32(4):373-385 – EMBASE.
- Costa G., Bianchin L., Ferracin A., Ganzaroli G., Dolci S., parzialmente modificata.
- D. Iavarone, Gli effetti dei turni di 12 ore sul personale infermieristico. Una revisione narrativa. IPASVI Federazione Nazionale, Rivista L'Infermiere N3 2016
- Fitzpatrick J.M., While A., Roberts J.D.: Shift work and its impact upon nurse performance: current knowledge and research issues. Journal Advanced of Nursing 1999; 29 (1): 18-27.
- Gold D.R., Rogaci S., Bock N., Tosteson T.D., Baum T.M., Speizer F.E., Czerisler C.A., Rotating shift work, sleep, and accidents related to sleepiness in hospital nurses. American Journal of Public Health, 1992 ; 82 (7): 1011-4.
- http://www.acep.org, Board of Directors, Emergency Physicians shift work. Policy number 4000166.
- Humm .C. The rhythms of life: chronobiology and nursing. Nursing Standard 1997; 11(31):40-4 CHINAL.
- Kawacchi i., Colditz G.A., Stamfer M.J., Willet W.C., Manson J.E., Speizer F.E., Hennekens C.H. Prospective study of shift on risk of coronary heart disease in women. MELINE 1995; 92(11):3178-82.
- Laudry D.R., Less R.E.M, Industrial accident experience of one company on 8 and 12 hour shift systems. Journal of Occupational Medicine 1991 ;33 :903-906.
- Lavoro a turni e notturno Linee-guida SIMLII (aggiornate/integrate), MELA Medicina del lavoro, Dossier 2011, Ed. Zadig
- Mills M.E., Arnold B., Wood C.M., Core 12: a controlled study of the impact of 12 hour scheduling. Nursing Research 1983; 32: 356-361.
- Motohashi Y. Alteration of circadian rhythm in shift working ambulance personnel. Monitoring of salivary cortisol rhythm. Ergonomics, 1992;35(11): 1331-1340.
- Muecke S. Effects of rotatine night shifts: literature review. J Adv Nurs. 2005 May; 50(4): 433-9. Review
- Murata K., Yano E., Shinozaki T, Impact of shift work on cardiovascular functions in a 10 year follow up study. Scandinavian Journal of Work and Environmental Health 1999; 25 (3): 272-277.
- Niedhammer I., Lert F., Marne M.J., Effects of shift work on sleep among French nurses. A longitudinal study. Journal of Occupational Medicine. 1994; 36 (6): 667-74.
- Presser H.B., Non standard work schedules and marital instability. Department of Sociology Maryland, 1998 (paper non pubblicato).
- Reid N., Tood C., Robinson G., Educational activities on wards under 12 hour shift. International Journal of Nursing Study, 1991; 28 (1): 47-54.
- Rosa R.R., Performance alertness and sleep after 3-5 years of 12 h shifts: a follow up study. Work and Stress 1991; 5(2): 107-116.
- Rutenfranz J, ColquhounWP, Knauth P, Ghata JN. Biomedical and psychosocial aspects of shift work. Scand J Work Environ Health 1977;3:165-82.
- Schernhammer E.S., Laden F., Speizer F.E., Willet W.C., HunterD.J., Kawachi I., Colditz G.A. MEDLINE 2001; 98(20):1563-8.
- Schernhammer ES, Laden F, Speizer FE, Willett WC, Hunter DJ, Kawachi I, Fuchs CS, Colditz GA. Night-shift work and risk of colorectal cancer in the nurses' health study. J Natl Cancer Inst. 2003 Jun 4;95(11):825-8
- Shields M., Long working hours and health. Health Report, 199; 11(2) 33-48.
- Shinkai S., Watanabe S., Kurokawa Y., Torii I. Salivary cortisol for monitoring circadian rhythm variation in adrenal activity during shift work. International Archives of Occupational and Environmental Health 1993; 64(7):499502 – EMBASE
- Shubin S., Burnout: the professional hazard you face in nursing. Nursing 1978; 78 (8): 22-27.
- Skipper J.K.Jr, Jung F.D., Coffey L.C.. Nurses and shift work: effects on physical health and mental depression. Journal of Advanced Nursing 1990; 15(7):835-42 CINAHLL.
- Snyder RA., One Man's time warp is another (Wo) Man's treasure: the importance of individual and situational difference in shift work tolerance and satisfaction. Human resource Development quarterly 1995; 6(5): 397-407
- Storlie F., Burnout: the elaboration of a concept. American Journal of Nursing 1979; 79 (12): 2108-2111.
- Thomas H., Schwartz E., Whitehead D.C.: Eight – versus 12 hours shift : implications for emergency physicians. Annals of Emergency Medicine 1994; 23 (5): 1096-1100.
- Todd C., Reid N., Robinson G., The quality of nursing care on ward working 8 and 12 hour shifts: a repeated measure study using the monitor index of quality of care. International Journal of Nursing Study , 1989; 26 (4): 359-68.
- Trinkoff A. M., Storr C.L., Work schedule characteristics and substance use in nurses. American Journal of Industrial Medicine; 34 (3): 266-71.
- Underwood A., What a 12 hour shift offer? American Journal of Nursing 1975; 75(7): 1176-1178.
- Urgovics A., Wright J., 12 hours shifts: does fatigue undermine ICU nursing judgments? Nursing Management 1990; 21: 64a-64g.
- Venuta M., BarzaghiL., Cavalieri C., Gamberoni T., Guaraldi G.P.Effetti dei turni lavorativi sulla qualità del sonno e sulla salute psicologica in un campione di infermieri professionali. G- ItalMed-Lav-Ergon 1999; 21(3):221-5.
- White L., Keith B., The effect of shift work on the quality and stability of marital relations. Journal of Marriage and the Family 1990; 52 (2): 453-462.
- Wilson I.L. The impact of shift patterns on healthcare: Journal of nursing management 2002; 10,211-219.



Eleonora Moro
Infermiera presso Residenza Villa Caldogno
Vincitrice Concorso "A spasso con tesi"
Edizione 2017

La soddisfazione dei bambini con spina bifida e delle loro famiglie nell'impiego dell'irrigazione anterograda del colon secondo Malone

Analisi critica di un articolo scientifico

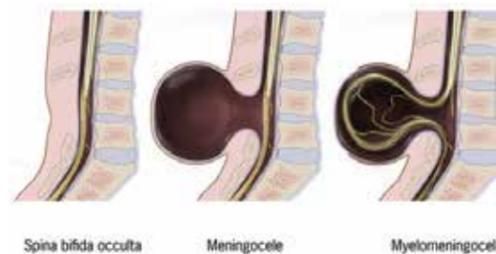
La spina bifida è una grave patologia congenita che dà luogo a numerose invalidità e risulta essere la malformazione più comune che interessa il sistema nervoso periferico. Questa lesione determina disabilità e limitazioni dal punto di vista fisico, ma anche sociale. Spesso le persone affette da tale patologia sono dipendenti e non riescono ad avere una vita normale.

È importante quindi che ci sia un approccio multidisciplinare che riesca a garantire alla persona e alla sua famiglia un'adeguata qualità di vita, utilizzando metodi, strumenti o tecniche diverse che possano rendere più accettabili i problemi quotidiani. L'autonomia è il primo grande traguardo che si cerca di far raggiungere per sviluppare stima e fiducia: è bene infatti che il bambino abbia sempre la consapevolezza della propria patologia, in modo tale da poter diventare adulto con la capacità di riconoscere le proprie qualità e punti di forza e che sia in grado di impiegarli al meglio per riuscire a progettare il suo futuro cercando di realizzarlo.

La qualità di vita dei bambini affetti da spina bifida

Il seguente elaborato si propone di analizzare la qualità di vita dei bambini affetti da spina bifida, che convivono con il problema dell'intestino neurogeno. La gestione avviene attraverso la procedura di irrigazione anterograda del colon secondo Malone, che permette un'alternativa alle metodiche più classiche di cura dell'incontinenza e della stipsi. Entrambi i disturbi possono presentarsi in forma cronica nei soggetti affetti da mielomeningocele e rappresentano due tra le alterazioni più fastidiose per i malati. I problemi intestinali comportano gravi disagi per chi ne soffre, primi tra tutti imbarazzo e vergogna, accompagnati da un pesante senso di insicurezza che spingono la persona ad un progressivo isolamento e ad una diminuzione della qualità di vita.

La scelta di affrontare questo argomento è nata durante il corso dell'esperienza di tirocinio svolta presso il servizio di assistenza domiciliare dell'ULSS 6 di Vicenza. In tale circostanza è stato possibile entrare in contatto con un paziente affetto da mielomeningocele, residente in una struttura per disabili della città, che viene seguito tre volte alla settimana dagli infermieri del distretto per lo svuotamento intestinale attraverso l'irrigazione anterograda secondo Malone. Da questo percorso è scaturita la volontà di



capire e conoscere la qualità di vita dei bambini affetti da spina bifida che gestiscono la disfunzione intestinale, correlata alla patologia stessa, tramite l'irrigazione anterograda secondo Malone attraverso una stomia a livello dell'appendice o del cieco. Una particolare attenzione è stata rivolta anche ai genitori e alle famiglie che devono far fronte a numerosi problemi invalidanti che inte-

ressano il loro bambino, tra cui la gestione dell'intestino neurogeno, che spesso crea paure e preoccupazioni e che non permette loro di vivere una vita serena e socialmente accettabile. Si è cercato di comprendere come questa tecnica, relativamente recente, possa migliorare la loro qualità di vita, in termini di maggiore indipendenza, diminuzione

delle perdite fecali, aumento della soddisfazione nello svuotamento dell'intestino e diminuzione del tempo trascorso in bagno, rispetto ai metodi più tradizionali, quali il trattamento farmacologico con lassativi orali o rettili e l'utilizzo dell'irrigazione transanale.

In conclusione

In conclusione si può affermare che la qualità di vita dei bambini con mielomeningocele e delle loro famiglie migliora attraverso l'impiego dell'irrigazione anterograda secondo Malone, poiché è evidente il raggiungimento della continenza fecale e della riduzione della stipsi.

C'è da tenere in considerazione che questa procedura deve essere proposta come ultima scelta, qualora tutti gli altri metodi non risultassero efficaci.

Inizialmente i due disturbi intestinali dovrebbero essere trattati con interventi nutrizionali che prevedano un'alimentazione ricca di fibre solubili e insolubili, come frutta e verdura, che si trovano alla base della piramide alimentare descritta dal Ministero della Salute.

Inoltre è consigliata l'assunzione di 1,5/2 litri di liquidi al giorno, facendo attenzione che non ci siano necessità di restrizione idrica.

Un ulteriore approccio che viene utilizzato per ridurre il fenomeno della stipsi è quello di tipo farmacologico, il quale prevede l'impiego di prodotti lassativi distinti a seconda della loro modalità d'azione in formanti massa, osmotici, stimolanti e ammorbidenti fecali.

Una possibile alternativa alle tecniche più tradizionali (uso di lassativi, rimozione manuale delle feci) è l'utilizzo dell'irrigazione intestinale, la quale garantisce un risultato efficace nel migliorare la stipsi e l'incontinenza fecale.

Valutando quindi il grado di invasività che possiede l'intervento secondo

La spina bifida è una grave patologia congenita che dà luogo a numerose invalidità e risulta essere la malformazione più comune che interessa il sistema nervoso periferico.

Malone, è necessario che la scelta di proporre questa procedura alle famiglie, venga fatta dopo aver analizzato ed escluso i precedenti metodi di gestione della disfunzione intestinale.

La conoscenza di esperienze precedenti e un attento studio della letteratura può aiutare l'équipe multidisciplinare nel consigliare la famiglia a prendere la corretta e più adatta decisione per il proprio figlio. È importante conoscere anche i loro bisogni e le loro aspettative in modo da non creare false attese che potrebbero avere ripercussioni negative sulla loro vita.



Bibliografia

- Kliegman R.M., Behrman R.E., Jenson H.B. & Stanton B.F. (2007). *Pediatria di Nelson* (18th ed). Elsevier Inc.
- Masadeh M.M., Krein M., Peterson H., Bauer M., Phearman L., Pitcher G., Liao J. & Shilyansky J. (2013). Outcome of antegrade continent enema (ACE) procedures in children and young adults. *Journal of Pediatric Surgery*, 48(10), 2128-2133. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2013.04.009.
- Matsumo D., Yamazaki Y., Shiroyanagi Y., Ueda N., Suzuki M., Nishi M., Hagiwara A. & Ichiroku T. (2010). The role of the retrograde colonic enema in children with spina bifida: is it inferior to the antegrade continence enema?. *Pediatric Surgery International*, 26(5), 529-533. doi: 10.1007/s00383-010-2585-6.
- Ok J. & Kurzrock E.A. (2011). Objective measurement of quality of life changes after ACE Malone using the FICQOL survey. *Journal of Pediatric Urology*, 7(3), 389-393. doi: 10.1016/j.jpuro.2011.02.012
- Velde S.V., Biervliet S.V., Bruyne R.D. & Winkel M.V. (2013). A systematic review on bowel management and the success rate of various treatment modalities in spina bifida patients. *Spinal Cord*, 51(12), 873-881. doi: 10.1038/sc.2013.123.
- Walsh, Koyle, Waxman. (2000). The Malone ACE Procedure for Fecal Incontinence, *Infections in Urology*, 13(4).
- Wide P., Mattsson G.G., Drott P. & Mattsson S. (2014). Independence does not come with the method - treatment of neurogenic bowel dysfunction in children with myelomeningocele. *Acta Paediatrica*, 103(11), 1159-1164. doi: 10.1111/apa.12756.

la qualità di vita dei bambini con mielomeningocele migliora attraverso l'impiego dell'irrigazione anterograda secondo Malone



Eleonora Carraro
Laurea in infermieristica 2016
Vincitrice Concorso "A spasso con tesi"
Edizione 2017

VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI SVILUPPO

Le lesioni da pressione (Ldp) sono aree localizzate di danno della cute e del tessuto sottostante che si realizzano per effetto della pressione, in combinazione con altri fattori.

La necrosi cellulare tende a svilupparsi quando i tessuti molli vengono compressi tra una prominenza ossea e una superficie solida per un tempo prolungato. Ad oggi, gli approcci di prevenzione e di cura delle Lesioni da Pressione e da *device* sono disomogenei tra le varie tipologie di pazienti.

Dalla letteratura risultano pochi gli studi riferiti alla popolazione pediatrica/neonatale nonostante la percentuale di sviluppo delle lesioni da pressione nei bambini ospedalizzati sia stimata tra lo 0,47% e il 13,1% con un picco del 27% nelle terapie intensive.

I fattori intrinseci ed estrinseci

I neonati ricoverati in contesti di cura, in particolare modo nei reparti di terapia intensiva neonatale, sono esposti ad una molteplicità di fattori di rischio per lo sviluppo di Lesioni da Pressione e da *device*. Questi possono essere suddivisi in fattori intrinseci ed estrinseci.

• Il fattore intrinseco

Nella prima categoria rientrano: l'immaturità dello strato corneo, la compromissione nella perfusione tissutale, l'alterazione della reattività neurologica, la ritenzione idrica, lo stato nutrizionale, l'alterazione della percezione sensoriale e l'immobilità.

• Il fattore estrinseco

I fattori estrinseci invece comprendono: età, durata della degenza, durata e intensità della pressione esterna, esposizione a frizione, taglio e attrito, umidità e presenza di *device*.

Come evince dalla letteratura, le scale di valutazione rappresentano lo strumento più indicato per la pratica clinica, affinché la valutazione risulti efficace è necessario che la scala utilizzata sia valida, affidabile e specifica per ogni tipologia di paziente.

In letteratura sono presenti 11 scale per la valutazione del rischio Lesioni da Pressione in ambito pediatrico. Di queste solo 3 sono state testate per specificità e sensibilità: la Braden Q Scale, la Neonatal Skin Risk Assessment Scale e la Glamorgan Scale.

Lesioni da pressione e da device nel neonato in terapia intensiva neonatale

I neonati ricoverati nei reparti di terapia intensiva neonatale possono essere esposti al rischio di sviluppo Lesioni da pressione (Ldp)

La scala Glamorgan

La scala Glamorgan è attualmente l'unica scala pediatrica ad essere stata sviluppata partendo da dati clinici rilevati su bambini ospedalizzati, differisce dalle altre scale pediatriche non solo per le modalità con le quali è stata strutturata ma anche perché prende in considerazione sia i fattori di rischio intrinseci che quelli estrinseci, in particolare modo uno, la presenza di *device*, che non viene inserito in nessuna delle altre scale descritte. Questa scala presenta una sensibilità del 100%, una specificità del 50,2% e un valore predittivo dello 0,912; risulta

la scala con maggiore sensibilità e con maggiore validità predittiva.

L'obiettivo che mi sono posta per il mio elaborato è ricercare uno strumento specifico che permetta una valutazione efficace del rischio di sviluppo Ldp e *device* nel neonato ricoverato in Terapia Intensiva Neonatale.

Dall'analisi della letteratura è stato possibile osservare come la scala Glamorgan fosse ritenuta la più indicata in termini di specificità, validità ed efficacia, la più adatta alla valutazione del rischio nel neonato.

La scala presenta 12 item, i primi 4 sono relativi al fattore di rischio "immobilità" il 5 item è relativo alla presenza di *device* sulla cute, i restanti sono relativi alle condizioni cliniche generali del neonato. Alle voci "immobilità" e "presenza di presidi/oggetti" sono stati attribuiti punteggi di maggior rilevanza, rappresentano infatti i fattori che influenzano maggiormente il rischio. Si è deciso inoltre di apportare alcune modifiche al format della scala per facilitarne l'utilizzo da parte del personale infermieristico e di inserire una tabella che consenta di rilevare quali sono i *device* che causano maggiormente decubito.

Il secondo strumento utilizzato per la realizzazione dell'elaborato è un questionario, da me redatto, che è stato sottoposto agli infermieri delle unità operative coinvolte, in forma anonima. Il questionario è composto da 10 quesiti che vanno ad indagare: gli anni di lavoro presso il reparto di Terapia Intensiva Neonatale, il titolo di studio del personale infermieristico, il grado di informazione e le conoscenze del personale, relativo agli strumenti per la valutazione del rischio nel paziente pediatrico, la significatività e l'adeguatezza degli item della scala Glamorgan e il giudizio qualitativo complessivo dello strumento sperimentato.

La scala Glamorgan è la più adatta alla valutazione del rischio nel neonato

Risultati della sperimentazione

Durante la sperimentazione sono stati raccolti complessivamente i dati di 41 bambini di cui 22 maschi e 19 femmine.

Tutti i neonati campione della sperimentazione sono stati classificati in base all'età gestazionale utilizzando la suddivisione suggerita dall'OMS.

Dei 41 neonati valutati, il 3% (2) appartiene alla fascia della prematurità grave, il 16% alla fascia della prematurità media, il 60% nasce con prematurità lieve e infine il 20% dei ricoverati durante il periodo di sperimentazione, si riferisce ad una nascita a termine.

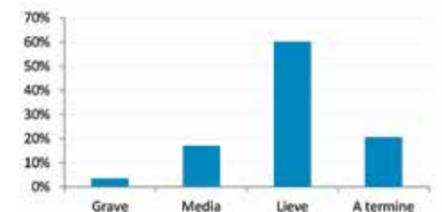


Grafico 1: Grado di prematurità

Il 100% dei neonati che nella sezione immobilità presentano un punteggio di rischio uguale a 15 o 20, viene classificato a rischio altissimo e il 79% dei neonati che in questa sezione presenta punteggio uguale a 10 viene anch'esso classificato a rischio altissimo. È possibile dunque dedurre come l'immobilità rappresenti uno dei fattori che espongono maggiormente il neonato al rischio. È possibile inoltre osservare che il 98% dei neonati ai quali viene attribuito punteggio uguale a 0 nella sezione immobilità, viene classificato ad alto rischio. In questo caso il rischio è dato dal secondo fattore di rischio maggiormente rilevante nel neonato, la presenza di *device*.

È stata dunque messa in relazione la percentuale di rischio totale con il fattore di rischio "presenza di *device*": su un totale di 215 valutazioni effettuate, in 213 è segnalata la presenza di *device*. Risultava però interessante indagare quali sono i *device* che espongono maggiormente al rischio; quest'analisi è stata effettuata mettendo in relazione la % delle varie categorie di rischio, con ogni singolo *device*. I presidi più utilizzati nei contesti di terapia intensiva neonatale sono: il sensore del saturimetro, gli elettrodi cardiaci, l'agocannula e il sondino oro-gastrico; quelli che influenzano maggiormente il rischio sono: Ram-Cannula, Tubo Endo-tracheale e Catetere Arterioso Umbelicale.

È stato poi calcolato l'indice composito relativo ad ogni singolo *device* ed è stata effettuata una scomposizione dello stesso per definire la percentuale di rischio alto e altissimo correlata ad ogni *device*.

Dal grafico è possibile notare una **prevalenza di rischio altissimo determinata in maggior percentuale dai device**: Ram Cannula, catetere arterioso ombelicale, catetere percutaneo e mascherina C-PAP.

L'altissimo rischio è determinato in maggior percentuale dai device

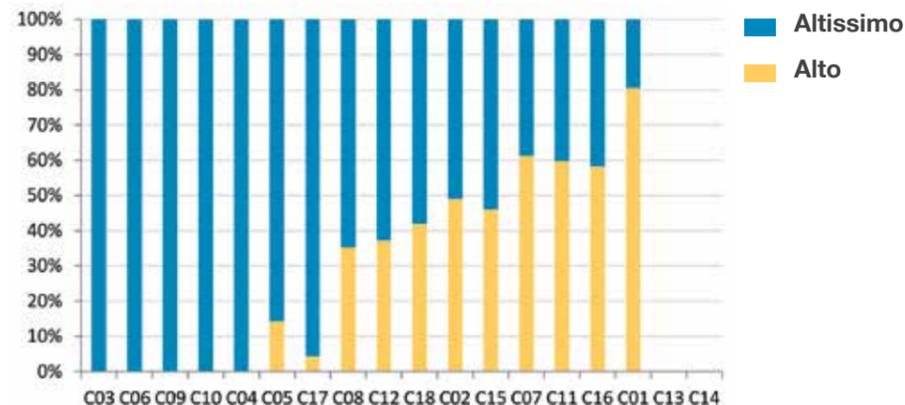


Grafico 2: Scomposizione del rischio



Risultati dell'indagine qualitativa

Per l'indagine qualitativa, sono stati **compilati** dal personale infermieristico delle Ulss coinvolte nel progetto, **33 questionari, in forma anonima**. Dall'analisi effettuata tramite i dati raccolti, è stato possibile **osservare** come il personale infermieristico presenti una **scarsa conoscenza degli strumenti di valutazione del rischio di sviluppo Lesioni da pressione** per il pz pediatrico/neonatale, il **76%** ha dichiarato di **non conoscere alcuna scala**, il **100%** ha dichiarato che la **Scala Glamorgan gli risultava sconosciuta prima della sperimentazione**.

In questa indagine è stato chiesto loro di indicare quali sono gli item della scala più significativi e quali quelli inadatti, gli item particolarmente significativi sono risultati: "può essere cambiato di posizione solo con grande difficoltà o causando un peggioramento delle condizioni cliniche con una prevalenza del 58%", "presenza di presidi/oggetti che esercitano pressione sulla cute per il 45%" e infine non è in grado di cambiare posizione senza assistenza, con una percentuale del 18%. Quelli ritenuti inadatti sono invece: incontinenza inappropriata per l'età, nutrizione inadeguata e ipoalbuminemia.

Conclusioni

Il mantenimento dell'integrità cutanea rappresenta una priorità della ricerca infermieristica e un indicatore di qualità dell'assistenza, non solo per il paziente adulto, ma anche in ambito pediatrico. Secondo quanto riportato dall'equipe che ha preso parte alla sperimentazione **la Scala Glamorgan rappresenta uno strumento valido per questo tipo di valutazione e adatto ad essere utilizzato in un contesto operativo come la Terapia Intensiva Neonatale**. A fronte di quanto rilevato emerge però la ne-

cessità: di una formazione più specifica del personale infermieristico per questa priorità assistenziale e l'inserimento, all'interno di un protocollo per al gestione delle lesioni da pressione e da *device* nel neonato, di uno strumento che associato al giudizio clinico consenta di effettuare una valutazione efficace sistematica e condivisa.

Statistiche per lo sviluppo delle lesioni da pressione nei bambini



Bibliografia

- Oranges T, Dini V, Romanelli M. Skin Physiology of the Neonate and Infant: Clinical Implications. *Advances in Wound Care*, 2015 Vol. 4, n. 10
- Colleen T. Butler. Pediatric Skin Care: Guidelines for Assessment, Prevention, and Treatment. *Pediatric Nursing*, 2006 Sept-Oct; Vol. 32, n. 5
- Willock J, Anthony D, Richardson J. Affidabilità della scala Glamorgan per la valutazione di lesioni da compressione nel bambino. *Paed Nurs* 2008; 20 (7): 14-19.
- Visscher M, Taylor T. Pressure Ulcers in the Hospitalized Neonate: Rates and Risk Factors. *Sci Rep* 2014 Dec 11; 4:7429
- Visscher M., King A, Nie A.M, Schaffer P, Taylor T, Pruitt D, Giaccone M.J, Ashby M, Keswani S. A Quality-Improvement Collaborative Project to Reduce Pressure Ulcers in PICUs. *Pediatrics*, 2013 June Vol. 131, n. 6.
- V. Favero. Le scale per la valutazione del rischio di lesioni da pressione per la popolazione pediatrica. *Agorà*, 2011 Jun, n. 47.
- A. Cartabellotta, A. Peghetti. Linee guida per la prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione nelle cure primarie e in ospedale. *Evidenze*, 2014 June, Vol.6, n.5
- R. Bernabei, E. Manes-Gravina, F. Mammarella. Epidemiology of pressure ulcers. *G Gerontol*, 2011; 59:237-243
- Gefen A. Biomechanics of PUs in paediatric care settings. *Journal of Wound Care*, 2015 March, Vol. 24, n. 3
- Martha A., Q. Curley, Sandy M. Quigley, Ming Lin. Pressure ulcers in pediatric intensive care: Incidence and associated factors. *Pediatr Crit Care Med*, 2013, Vol. 4, n. 3
- Martha A, Q. Curley, Ivy S. Razmus, Kathryn E. Roberts, D. Wypij. Predicting Pressure Ulcer Risk in Pediatric Patients. *Nursing Research*, 2003 Jan-Feb; Vol 52, n. 1
- Razmus I, Lewis L, Wilson D. Pressure Ulcer Development in Infants: State of the Science. *Journal for Healthcare Quality*, 2008 Sep-Oct; Vol. 30, n. 5, 36-42
- McCord S, McElvain V, Sachdeva R, Schwartz P, Jefferson L.S. Risk Factors Associated With Pressure Ulcers in the Pediatric Intensive Care Unit. *J Wocn*, 2004 July/August, Vol. 3, n.4
- Kottner J., Hauss A, Schluer AB, Dassen T. Validation and clinica impact of paediatric pressure ulcer risk assessment scales: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2013 Jun; 50 (6): 807-818
- Dolack M, Huffines B, Stikes R, Hayes P, Logsdon MC. Update neonatal skin risk assessment scale (NSRAS). *Ky Nurse* 2013 Oct-Dec; 61(4):6
- Tume LN, Siner S, Scott E, Lane S. The prognostic ability of early Braden Q Scores in critically ill children. *British Association of Critical Care Nurses*, 2013 Vol 19, n. 2
- J. Willock, M.M. Baharestani, D. Anthony. The development of the Glamorgan paediatric pressure ulcer risk assessment scale. *Journal of Wound Care*, 2009 Jan, Vol.18, n. 1
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014

*Settembre 2017:
inizio di un percorso
di sensibilizzazione
sull'Alzheimer e il
declino cognitivo.*

Evento proposto da



FINALITÀ

La rassegna di eventi di sensibilizzazione e di informazione sull'Alzheimer e il declino cognitivo si rivolge, in particolare, ai cittadini, ai familiari caregiver e agli operatori.

Gli obiettivi sono i seguenti:

- Fornire un'opportunità di sensibilizzazione e di informazione generale al cittadino sui temi dell'invecchiamento, del decadimento cognitivo e della demenza (particolare interesse, in questi anni, hanno riscontrato gli approfondimenti sui campanelli/segnali di allarme nella demenza, come l'accenno ai fattori di rischio e alle sane abitudini di vita);
- Diffondere informazioni che possono aiutare il familiare/caregiver a migliorare la propria condizione (aiuti, supporti, servizi) e la gestione del malato (assistenziale, organizzativa, emotiva, legale-giuridica, ecc.);
- Promuovere momenti di riflessione e di approfondimento su tematiche complesse (questioni etiche, ecc.)

MODALITÀ ORGANIZZATIVA

Si prediligono gli eventi progettati e organizzati in modo partecipato tra più soggetti (ad es. Cooperativa + Comune + Biblioteca); ciò favorisce la diffusione dell'informazione e il coinvolgimento dei potenziali interessati.

L'evento dovrà essere organizzato autonomamente (progettazione, individuazione sede, assunzione costi).

L'evento non potrà promuovere direttamente un determinato servizio o un'organizzazione ovvero prodotti, ausili, oggetti o offerte particolari, bensì avrà la finalità di proporre principalmente un'opportunità di informazione/approfondimento/sensibilizzazione qualificata e competente rivolta ai cittadini, relativamente ai temi dell'invecchiamento in generale, del declino/decadimento cognitivo, dei bisogni del malato e della sua famiglia, degli aiuti e dei supporti presenti.

ALZHEIMER 2017: COLORI E FORME DELL'ALZHEIMER

*Informazioni, esperienze, riflessioni, conversazioni,
percorsi, mostre, incontri con autore, cinema, colloqui e
test psicologici gratuiti.*

PROGRAMMA

**MERCOLEDÌ 27 SETTEMBRE
ORE 16.30 - 20.30
RESIDENZA MONTE CROCETTA**

INCONTRO FORMATIVO COLORI E FORME DELL'ALZHEIMER

- | | |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16.30 | Saluti e ringraziamenti |
| 16.45 / 17.15 | “Conoscere le demenze: approcci di prevenzione e cura”, dott.ssa Sandra Bortolamei - Dirigente medico – centro Decadimento e Demenze geriatrico ULSS8 Berica. |
| 17.15 / 17.45 | “La rete dei servizi socio-sanitari e degli interventi sociali a favore dell'anziano con demenza” dott.ssa Arianna Pennacchio, Assistente Sociale Settore Servizi Sociali pressocasa di riposo Ca' Arnadi Noventa V. |
| 17.45 / 18.00 | Dibattito |
| 18.00 / 18.30 | Coffe break |
| 18.30 / 19.00 | “L'assistenza infermieristica alla persona con Alzheimer e alla sua famiglia”, dott.ssa Sonia Marcante, Infermiera tutor didattico e docente di infermieristica Università di Padova sede di Montecchio Precalcino. |
| 19.00 / 19.30 | “Ti posso aiutare? Le diverse facce del prendersi cura”, dott.ssa Manuela Masiero e dott.ssa Elena Rigoni, Infermiere e dott.ssa Luana Campailla Educatore Professionale Animatore - Ipab Residenza Monte Crocetta Vicenza. |
| 19.30 / 19.45 | Dibattito |
| 19.45 / 20.15 | Dott.ssa Arianna Saugo, Infermiera Consiglio IPASVI Vicenza: premiazione concorso fotografico. |
| 20.30 | Chiusura dell'incontro |



12-13-14
Novembre 2017:

ELEZIONI DEL NUOVO CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'IPASVI DI VICENZA

**L'ESERCIZIO
PROFESSIONALE
INFERMIERISTICO:**
le novità giuridiche
e la responsabilità
disciplinare

PROGRAMMA

1. La legge 8 marzo 2017, n. 24, c.d. "Gelli": quali innovazioni?
2. La legge "Gelli" ed il codice deontologico dell'infermiere: quali affinità in materia di responsabilità?
3. Il codice deontologico dell'infermiere: decoro e dignità nell'esercizio della professione.

SEDE

Sala Polifunzionale Azienda ULSS 8 Berica (Chiostro Ospedale Vicenza)

1 Edizione: 13 novembre 2017 ore 13.30-18.00

2 Edizione: 14 novembre 2017 ore 8.30-13.00

RELATORE

Prof. Daniele Rodriguez, Ordinario Medicina Legale Università di Padova

DESTINATARI

Infermieri, Infermieri Pediatrici, Assistenti Sanitari iscritti negli Albi del Collegio di Vicenza,
max 100 partecipanti/edizione

ISCRIZIONI

Partecipazione gratuita; iscrizioni attraverso il form presente nel sito
www.vicenzaipasvi.it fino ad esaurimento dei posti disponibili



Infermieri
NOTIZIE DAL COLLEGIO IPASVI
Informati

Infermieri
NOTIZIE DAL COLLEGIO IPASVI
Informati



Collegio I.P.A.S.V.I. Vicenza

Viale Trieste, 29/C - 36100 Vicenza - Tel. 0444 303313 - Fax 0444 514311
vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it - PEC: vicenza@ipasvi.legalmail.it