



GRUPPO
ITALIANO
INFERMIERI DI AREA
CARDIOVASCOLARE

GITIC

NEWSLETTER APRILE 2019

In questo numero impareremo leggendo! Conosceremo il significato di "CINAHL" e "CRY – WOLF EFFECT" calati rispettivamente all'interno degli ambiti della ricerca bibliografica e della pratica clinica. Oltre gli auguri per la Pasqua imminente vi lasciamo un "regalo" per noi, **un questionario** per aiutarci a crescere sviluppando contenuti e rubriche nella nostra newsletter.

DAL RECENTE CORSO DI "RICERCA BIBLIOGRAFICA" ECCO UNA SINTESI DI CINAHL:

CINAHL è l'acronimo di Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.

E' la banca dati bibliografica più importante per infermieristica ma è utile anche a tutte le **discipline correlate alla medicina**. Sono presenti in CINAHL ben 17 discipline.

Gli enti che curano la banca dati sono l'American Nurses Association e la National League for Nursing, entrambe **statunitensi**.

Si accede alla banca dati in virtù dell'abbonamento sottoscritto con EBSCO. Oltre alla versione "tradizionale" è a disposizione una versione full text denominata "CINAHL with full text". Questa versione contiene quasi 3 milioni di citazioni bibliografiche con una copertura **dal 1981**.

Vengono indicizzate più di **3000 riviste di tutto il mondo**. In CINAHL sono presenti oltre agli articoli, anche abstract di libri, dissertazioni di tesi, atti di convegni, materiale audiovisivo.

CINAHL contiene un proprio tesauro ovvero un vocabolario controllato di termini – descrittori - CINAHL HEADINGS:



GRUPPO
ITALIANO
INFERMIERI DI AREA
CARDIOVASCOLARE

GITIC

*Sii in pace, scambia la pace!
Una Pasqua di pace per te,
per le famiglie, per i popoli,
per il mondo*

*La Presidente
Claudia Carzaniga
e il Consiglio Direttivo*



sinonimi, acronimi e varianti di lingua vengono normalizzati con un unico termine di cui viene fornita una definizione. Tutti gli articoli inclusi nella banca dati subiscono un processo chiamato di INDICIZZAZIONE ovvero un team di esperti redige le schede bibliografiche (o record) con tutte le informazioni relative alla risorsa; ne analizza inoltre il contenuto, attribuendo una serie di parole chiave (Cinahl headings) che ne descrivono analiticamente gli argomenti principali. I Cinahl Headings hanno una struttura gerarchica ad albero. E' così possibile partire da un termine generale ed "esplodere" il concetto, ovvero scendere ai livelli inferiori, più specifici. Ricercare per Cinahl Headings permette agli utenti di cercare risultati più pertinenti all'argomento di interesse.

Per approfondire l'argomento e fare esercizi direttamente sulle principali banche dati di interesse biomedico ti aspettiamo al prossimo corso di ricerca bibliografica!

SCRIVICI!

Vuoi condividere esperienze professionali, casi clinici interessanti, progetti e innovazioni clinico-assistenziali o abstract di tesi in ambito cardiovascolare?

Inviaci il tuo elaborato (max 500 parole), potrebbe essere pubblicato nelle nostre prossime newsletter!

gitic@expopoint.it



GRUPPO
ITALIANO
INFERMIERI DI AREA
CARDIOVASCOLARE

GITIC

SAVE THE DATE

4 Ottobre 2019

**Update in elettrofisiologia:
tra realtà e innovazione**

Centro Cardiologico Monzino, Milano

UN'ESPERIENZA UNICA

Abbiamo deciso di raccontarvi in questa newsletter una due giorni intensa trascorsa dal G.It.I.C. presso l'Humanitas Research Hospital di Rozzano, il 12 e 13 Aprile 2019 durante il convegno d'area.

L'argomento principe della due giorni sono state le ferite in ambito cardiovascolare e la loro gestione.

La prima giornata ci ha permesso di fornire padronanza in ambito di wound care; partendo dalla storia delle medicazioni le relazioni sono arrivate al cuore della giornata evidenziando i siti di interesse della chirurgia cardiovascolare. Fornendo le più recenti evidenze scientifiche nella valutazione e nel trattamento delle stesse si è conclusa la mattinata.

Nel pomeriggio attraverso l'esposizione da parte dei relatori di casi clinici è stato messo in evidenza come il passo sia breve dalle conoscenze teoriche all'agito pratico. Le relazioni hanno evidenziato come valutazione, osservazione olistica della persona assistita e strategie di trattamento adeguate possano fare la differenza nel trattamento di una lesione cardiovascolare chirurgica.

La giornata di Sabato invece è stata per il G.It.I.C. **un'esperienza unica**.

D.A.S: wound cAre Simulation in cardiology nursing

Suddivisi in piccoli gruppi, sono stati presentati 4 casi clinici durante quattro lezioni frontali, seguite dalla simulazione in laboratorio. Partendo dalla persona assistita nella sua totalità, per arrivare ad analizzare nello specifico la ferita cardiovascolare.

Grazie all'utilizzo delle aule di simulazione dove veniva riprodotto sia il contesto assistenziale che il setting specifico dei casi clinici, è stato possibile far apprendere le tecniche di valutazione e medicazione della ferita.

Inoltre è stato fatto sperimentare a ciascun partecipante le competenze ai fini di fornire un apprendimento che comprenda abilità tecniche e di valutazione (trattamento con pressione negativa, bendaggio elastocompressivo, medicazioni avanzate ecc. . .)

Infine la valutazione dei partecipanti al corso è stata fatta durante le simulazioni, grazie alla presenza di una sala di regia che ha permesso ai docenti di osservare e verificare l'apprendimento dei discenti certificandone l'idoneità all'accreditamento ECM

Questo progetto è stato sicuramente innovativo per il G.It.I.C., prima evento nel suo genere per modalità ed argomenti.



Facendo un bilancio delle due giornate è obbligatorio ringraziare i membri del Consiglio Direttivo e del Comitato Scientifico del G.It.I.C. per l'impegno profuso nell'organizzazione e i relatori per la chiarezza e la puntualità durante l'esposizione al convegno;

Per la prima volta oltre alla "canonica" giornata di formazione, con relazioni che ha suscitato grande interesse nella platea, abbiamo tradotto il giorno seguente il nostro know how in qualcosa molto vicino alla pratica clinica.

Grazie alla collaborazione del "Mario Luzzatto Simulation Center" abbiamo potuto simulare durante la giornata i casi clinici che di volta in volta venivano presentati in aula. Si parla di una struttura unica in Italia nel suo genere, eccellenza e punto di riferimento per la formazione e l'avanzamento scientifico del Professionista Sanitario. La valutazione in itinere dei partecipanti ha reso la giornata un'aula per tutti i discenti, concentrati e attenti durante tutta la simulazione.

Un ringraziamento particolare anche a chi ha truccato e a chi si è fatto truccare (studenti del corso di laurea di Hunimed): il quadro clinico è stato reso fin nei più piccoli dettagli, la nostra simulazione di laboratorio a tratti sembrava realtà.

In fine grazie a chi come noi ha creduto in questa innovazione ed ha partecipato al D.A.S: con noi ha scritto una nuova pagina nell'ambito della formazione dei Professionisti Sanitari.





GRUPPO
ITALIANO
INFERMIERI DI AREA
CARDIOVASCOLARE

GITIC

AIUTACI A CRESCERE!

Compilando il breve [questionario](https://forms.gle/g4zpJtiqJtro2mPZ9)
presente nel link sottostante ci aiuterai a migliorare e crescere
<https://forms.gle/g4zpJtiqJtro2mPZ9>

Trovi il link anche sul nostro sito e sui nostri profili social
www.gitic.it

INQUINAMENTO ACUSTICO NEGLI OSPEDALI: IL "CRY – WOLF" EFFECT.

Se chiedessimo a diverse persone quale luogo giunge alla mente con l'espressione "inquinamento acustico" nessuno nominerebbe l'ospedale.

Oggi invece tratteremo dell'inquinamento acustico negli ospedali e il "CRY - WOLF" EFFECT. "CRY –WOLF", dall'inglese: "il grido del lupo", si intende un suono stridulo, intenso e prolungato che ben valorizza il tema che descriveremo di seguito.

L'identità del lupo che crea inquinamento acustico negli ospedali, è svelata dalla Direttiva 93/42/CEE del 1998: si tratta delle "apparecchiature elettromedicali" cioè un sottoinsieme di dispositivi medici utili alla diagnosi, al trattamento o alla sorveglianza del paziente e che comprende anche gli accessori necessari per permettere l'utilizzo del dispositivo (Norma CEI/EN 62.5).

Se da una parte le apparecchiature aiutano il professionista sanitario nel controllo delle condizioni della persona, dall'altra, ci si affida sempre più ai monitor per il controllo delle funzioni vitali. L'affidarsi costantemente ai dispositivi medici, ha causato un elevato numero di allarmi e di falsi allarmi (Ruppel H. *et al*, 2018).

A tal proposito sono state effettuate numerose ricerche: in una unità medica, in soli 18 giorni, sono stati rilevati 16953 ALLARMI equivalenti a 942 allarmi al giorno, nonché 1 allarme critico ogni 92 secondi. (Drew *et al*, 2013).

Un altro studio, effettuato presso una struttura ospedaliera degli Stati Uniti, ha raccolto 1055 allarmi per sei unità, tra 18 infermieri, distribuiti su turni di quattro giorni e quattro notti: l'88% di questi allarmi sono ritenuti falsi e il numero medio di allarmi al giorno, per paziente, è pari a 116. (Shuchisnigda D. & David C. 2015);

una ricerca effettuata presso l'unità coronarica di un ospedale del Brasile, ha evidenziato un totale di 426 allarmi registrati in 40 ore di osservazione: 227 sono stati attivati da monitor multiparametrici e 199 sono stati attivati da altre apparecchiature (pompe per infusione, pompe per dialisi, ventilatori meccanici e palloncini intra-aortici), con una media di 10,6 allarmi all'ora. (Bridi A. C, Quinellato Louro T., Lyra da Silva C. 2014).

La numerosità di allarmi e falsi allarmi ha determinato un aumento dei livelli di rumore: le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stabiliscono che il livello di rumore dovrebbe essere pari a 35 dBA di giorno e 30 dBA di notte. Tuttavia, i livelli di rumore misurati in diversi reparti e in diverse strutture mostrano livelli di rumore superiore a 45 dBA (Hasfeldt *et al*, 2015), con picchi fino a 50-70 dBA. (Shuchisnigda D. & David C., 2015).

SAVE THE DATE

2-4 Maggio 2019

Euro Heart Care 2019

Mico, Milano



L'aumento di allarmi e falsi allarmi, e di conseguenza, l'aumento dei livelli di rumore, causano "inquinamento acustico" negli ospedali, portando i professionisti sanitari ad una "sindrome" sconosciuta: il "CRY- WOLF EFFECT", si tratta della desensibilizzazione e conseguente affaticamento agli allarmi che si verifica quando, il numero totale di allarmi dei dispositivi medici, "travolge" gli operatori sanitari portandoli a disattivare, silenziare o ignorare i monitor, compromettendo la sicurezza del paziente.



GRUPPO
ITALIANO
INFERMIERI DI AREA
CARDIOVASCOLARE

GITIC

SAVE THE DATE

8 Giugno 2019

CARDIOPATIA E CRONICITA'

Istituto Cardiovascolare Camogli (GE)

Questa sindrome colpisce maggiormente gli infermieri (Torabizadeh C. et al., 2017), in quanto rappresentano i professionisti sanitari più esposti agli allarmi clinici: essi li definiscono come "sfacciati e fastidiosi" (Honan L. et al., 2015) e talvolta responsabili dell'interruzione nella cura del paziente (Shuchisnigdha & David, 2015). Nel 2013, la Joint Commission ha evidenziato 98 eventi sentinella legati agli allarmi clinici verificatisi tra il gennaio 2009 e il giugno 2012. Tra questi, 80 hanno portato alla morte, 13 a una perdita permanente di funzione e 5 a una inaspettata cura aggiuntiva o soggiorni prolungati nelle strutture ospedaliere. (Ross J, 2015).

A seguito dei dati raccolti, sono stati messi in atto interventi che richiedono la compartecipazione di un team interdisciplinare composto da medici, infermieri, ingegneri, istituzioni sanitarie e organizzazioni nazionali che collaborano per raggiungere l'obiettivo comune di riduzione dell'inquinamento acustico negli ospedali. La gestione interdisciplinare del problema è necessaria, in quanto, gli allarmi, sono generati sia da fattori clinici dipendenti dalle condizioni di allarme impostate da medici e infermieri e corrispondenti ai cambiamenti fisiologici del soggetto; sia da fattori tecnologici, cioè allarmi innescati da problemi meccanici o elettrici.

Per quanto riguarda gli allarmi clinici, sono stati progettati "allarmi intelligenti" (Graham K. & Cvach M., 2010 e Brantley A. et al., 2016) che comprendono la personalizzazione degli allarmi in modo da renderli clinicamente significativi: il numero totale di allarmi è passato da 16953 a 9647, ottenendo una riduzione del 43%.

È stata ribadita l'importanza della formazione iniziale e continua (Konkani & Oakley, 2012; Cvach M., 2012; la JC, 2013; Honan L. et al., 2015): spesso gli infermieri hanno "timore" nel modificare gli allarmi pertanto, conoscenze più consolidate permettono di prendere decisioni più sicure. Per esempio, si è notato che, ritardando l'allarme sulla saturazione arteriosa di 15/19 secondi, si può ridurre la frequenza degli allarmi rispettivamente del 50% e 70%.



Educazione e formazione consentono, anche, di dare la giusta priorità agli allarmi clinici. Altri interventi, mirano a sollecitare i professionisti sanitari all'utilizzo di protocolli e linee guida durante l'esercizio delle proprie attività (Joint Commission, 2013 e dall'American Association of Critical Nurses, 2013). Infine, è necessario un adeguato rapporto infermiere - paziente per ridurre il sovra monitoraggio: l'impossibilità di essere sempre presenti al letto del paziente, porta i professionisti sanitari a monitorare anche quei pazienti che non ne hanno necessità (Chrisensen M. et al., 2014).

**SAVE THE DATE
CORSO OSS**

29 Novembre 2019

**L'OSS NEL TEAM DI CURA:
realtà e prospettive**

Milano



GRUPPO
ITALIANO
INFERMIERI DI AREA
CARDIOVASCOLARE

GITIC

SCRIVICI!

Vuoi condividere esperienze professionali, casi clinici interessanti, progetti e innovazioni clinico-assistenziali o abstract di tesi in ambito cardiovascolare?

Inviaci il tuo elaborato (max 500 parole), potrebbe essere pubblicato nelle nostre prossime newsletter!
gitic@expopoint.it

Per quanto riguarda, invece, la gestione degli allarmi tecnologici, occorre rispettare le raccomandazioni dei produttori per quanto riguarda il controllo periodico dei dispositivi e rispettare i livelli soglia di rumore stabiliti dall'OMS. Si è anche cercato di implementare attrezzature di rilevazione del rumore, ad esempio pannelli a muro in grado di assorbire il rumore e leggi, per ridurre il rumore ad un livello consono per le stanze di ospedale, rispettando i limiti stabiliti da specifiche agenzie internazionali (Konkani A. e Oakley B., 2012).

I limiti di applicazione di tali interventi, derivano dalla mancanza di integrazione tra la teoria e la pratica (Yue L. *et al.*, 2017), dal mancato rapporto numerico infermiere - pazienti e dalla mancata diffusione delle informazioni e delle ricerche (Peterson E. e Costanzo C., 2017). Casey S., *et al.* (2018) e di Wung S.F & Schatz M.R. (2018), nei loro articoli spiegano che sono ancora in atto sperimentazioni di politiche, procedure e programmi di personalizzazione delle impostazioni degli allarmi.

Nonostante tutti gli sforzi effettuati al fine di abbattere questo "terribile lupo", da cui prende il nome il fenomeno del "CRY – WOLF EFFECT", esso risulta essere ancora vivo e anzi, ancora in grado di "sbranare" vite umane: ancora oggi infatti, si verificano eventi sentinella legati alla desensibilizzazione e affaticamento all'allarme.

A cura di Colombo Sara

AIUTACI A CRESCERE!

Compilando il breve [questionario](https://forms.gle/g4zpJtjgJtro2mPZ9) presente nel link sottostante ci aiuterai a migliorare e crescere
<https://forms.gle/g4zpJtjgJtro2mPZ9>

Trovi il link anche sul nostro sito e sui nostri profili social
www.gitic.it

A cura di:

Alberio G. *, Colombo S., Capelli A. *, Elli C. *,
Mendez D. *, Monolo D. * e Spedale V. °

*membro del Comitato Scientifico
°membro del Consiglio Direttivo

SITOGRAFIA

American Association for Medical Instrumentation & ECRI institute (2011)
http://s3.amazonaws.com/rdcms-aami/files/production/public/FileDownloads/Summits/2011_Alarms_Summit_publication.pdf

Attuazione della direttiva 93/42/CEE concernente i dispositivi medici
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_1636_listaFile_itemName_1_file.pdf

ECRI institute (2011) Top 10 technology hazards for 2012. www.ecri.org

Joint Commission(2013). "The Joint Commission sentinel event alert: medical device alarm safety in hospitals."
https://www.jointcommission.org/sea_issue_50/

Linee guida per la gestione dei dispositivi medici in applicazione della Direttiva 93/42/CEE e della relativa legislazione nazionale di recepimento: http://modulob1.mannelli.info/files/dispositivi_elettromedicali.pdf.



GRUPPO
ITALIANO
INFERMIERI DI AREA
CARDIOVASCOLARE
GITIC

AIUTACI A CRESCERE!

Compilando il breve [questionario](https://forms.gle/g4zpJtjqJtro2mPZ9)
presente nel link sottostante ci aiuterai a migliorare e crescere
<https://forms.gle/g4zpJtjqJtro2mPZ9>

Trovi il link anche sul nostro sito e sui nostri profili social
www.gitic.it

BIBLIOGRAFIA

- Brantley A., Collins-Brown S, Kirkland J, KnappM, Pressley J, Higgins M, McMurtry JP. Clinical Trial of an Educational Program to Decrease Monitor Alarms in a Medical Intensive Care Unit, 27(3):283-289.
- Bridi A.C. , Quinellato Louro T., Lyra da Silva C. (2014) Clinical Alarms in intensive care: implications of alarm fatigue for the safety of patients. Revista Latino – Americana de Enfermagem 22(6): 1034 – 1040.
- Casey S., Avalos G., Dowling M. (2018) Critical care nurses' knowledge of alarm fatigue and practices towards alarms: a multicentre study. Intensive & Critical Care Nursing 48: 36 – 41.
- Chrisensen M., Dodds A., J. Sauer, N. Watts (2014) Alarm setting for the critically ill patient: a descriptive pilot survey of nurses' perceptions of current practice in an Australian regional critical care unit, 30: 204 – 210.
- Cvach M. (2012) Monitor alarm fatigue: an integrative review. Biomedical Instrumentation & Technology. 46(4): 268-277.
- Cvach M. & Graham K. C. (2010) Monitor alarm fatigue: implications of alarm fatigue for the safety of patients. American Journal of Critical Care. 19 (1): 28 – 34.
- Feder S., Funk M. (2013), Over – monitoring and alarm fatigue: for whom do the bells toll?. Heart & Lung, The journal of Acute and Critical Care 42(6):395-484.
- Hasfeldt D., Laerkner E. (2010), Birkelund R., Noise in the operating room – what do we know? A review if the literature. Journal of PeriAnesthesia Nursing 25(6): 380 – 386.
- Honan L., Funk M., Maynard M., Fahs D., Clark J. T, David Y. (2015) Nurses' perspectives on clinical alarms. American Journal of Critical Care 24(5): 387 – 395.
- Konkani A., Oakley B. (2012), Noise in a hospital intensive care units – a critical review of a critical topic. Journal of critical care, 27(5): 522.
- Peterson E. M. & Costanzo C.L. (2018) Assessment of clinical alarms influencing nurses' perceptions of alarm fatigue. Dimension of critic care nursing.
- Ross J. (2015) Alarm Fatigue: are you tuning out? Journal of Perianesthesia Nursing 30(4): 251 – 253.
- Ruppel H., Funk M., Clark J. T., Gieras I., David Y., Bauld T. J., Coss P., and Holland M. L. (2018) Attitudes and practices related to clinical alarms: a follow up survey. American Journal of Critical Care 27 (2): 114 – 122.
- Ruppel H., Funk M.; Whittemore R., (2018) Measurement of physiological monitor alarm accuracy and clinical relevance in intensive care unit. AJCC American Journal Of Crutucal Care 27 (1): 11 – 22.
- Shuchisnigdha D.& David C. (2015) Alarm fatigue and its influence on staff performance. IIE Transactions on Healthcare Systems Engineering. 85(3):183-196.
- Torabizadeh C., Yousefinya A., Zand F., Rakhshan M., Fararoei M. (2017) A nurses' alarm fatigue questionnaire: development and psychometric properties. 31:1305–1312.
- Yue L., Plummer V., Cross W..The effectiveness of nurse education and training for clinical alarm response and management: a systematic review. Journal of clinical nursing, 26(17-18): 2511 -2526.
- Wung S.F. & Schatz M.R. (2018) Critical Care Nurses' Cognitive Ergonomics Related to Medical Device Alarms, 30(2):191-202.