



Periodico
del Collegio
Infermieri
Professionali
Assistenti
Sanitari
Vigilatrici
d'Infanzia
della Provincia
di Bologna

Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 15/B
40138 Bologna
Tel. 051/393840 - Fax 051/344267

Orari uffici

Lunedì - Mercoledì ore 9-12

Martedì - Giovedì - Venerdì ore 14-17

Negli altri orari è in funzione la
segreteria telefonica

E-mail: info@ipasvibo.it

bologna@ipasvi.legalmail.it

Sito Internet: www.ipasvibo.it



IPASVI

PROFESSIONE *Infermiere*

SOMMARIO

EDITORIALE - Dott.ssa Maria Grazia Bedetti	pag. 1
PROFESSIONE	
Il Direttore Generale dell'Assessorato alle Politiche	pag. 3
della Salute ci scrive - Dott.ssa Mariella Martini	
"Race for the cure". La maratona della solidarietà	pag. 4
Dott.ssa Marilena Tangenti	
PROMOS - "Un progetto per la qualificazione	pag. 5
professionale - Inf. Antonello Pani	
Libera Professione Infermieristica ed ENPAPI	pag. 6
"Contributi obbligatori: Casi di riduzione e di esonero" Dott. Paolo Frascari	
"L'esperto risponde" - Dott. Paolo Frascari	pag. 7
Equitalia per la quota annuale di iscrizione all'Albo	pag. 8
IPASVI: Modalità per ricevere informazioni	
Ansabbio - Associazione Nazionale Spettacolo	pag. 8
a beneficio dei Bambini in Ospedale "Tutti per un sorriso - Un sorriso per tutti"	
NORMATIVA	
Decreto Ministro della Salute "Istituzione del	pag. 9
sistema informativo per la salute mentale"	
FORMAZIONE	
AIMI - SIMIT. Associazione Infermieri Malattie	pag. 12
Infettive e Società Scientifica Medici Infettivologi	
XIII Congresso Nazionale - "Le cure alla persona con malattia infettiva: come governare la complessità"	
Bologna 15-17 maggio 2011	
Palazzo dell'Archiginnasio e Palazzo dei Congressi	
1) Laboratorio di medicina narrativa e scrittura clinica.	pag. 14
2) XXVI Convegno Regionale - Il team medico	pag. 16
infermiere nel dipartimento di emergenza - urgenza	
3) Assistenza alle persone fragili	pag. 18
4) Le emozioni e le ragioni nell'assistere	pag. 20
5) Assistenza all'anziano con problematiche	pag. 22
comportamentali"	
6) Rifiuto - diniego ai trattamenti. Direttive anticipate	pag. 24
7) Assistenza all'anziano con problematiche respiratorie	pag. 26
8) Pianificare l'assistenza.	pag. 28
9) La valutazione degli esiti delle cure infermieristiche.	pag. 30
10) Il concetto di complessità nell'assistenza alla	pag. 32
persona. Riflessioni, analisi e simulazione di impatto nel sistema organizzativo assistenziale	
Al via il nuovo corso Fad per infermieri e medici!	pag. 34
Schede di grad. - Corsi tenuti dal Collegio II sem. 2010	pag. 37
CONTRIBUTI SCIENTIFICI E DI AGGIORNAMENTO	
"L'assistenza alla persona portatrice di stomia"	pag. 39
Sig.ra Dolores D'Elia	
"Utilizzo della ventilazione non invasiva nei reparti	pag. 49
di degenza non intensivi"	
C. Tacconi, A. Caselli, P. Ferrari, A. Monesi, S. Santolini	
Trattamento delle lesioni da decubito	pag. 53
Angela Peghetti e Mirella Fontana - 2° parte	
CONVEGNI - CONGRESSI - CORSI Agenda	pag. 60

Editoriale

Dott.ssa Maria Grazia Bedetti

Il punto a fine 2010 e inizio 2011

La fine di un anno e l'inizio di un altro, anche se formale suddivisione dello scorrere del tempo rispetto alla continuità con cui si svolge la nostra vita quotidiana, finisce inevitabilmente per diventare occasione di riflessione su quanto già accaduto e, in considerazione di questo, su come prevediamo potrà essere il nostro futuro personale e professionale.

Non posso che aprire quindi questo numero della rivista, che arriva nelle nostre case all'inizio del 2011, mettendo in evidenza almeno due eventi accaduti nel 2010 che, anche se molto diversi fra loro, avranno, a mio avviso, ricadute importanti nel nostro futuro professionale.

Mi riferisco al trasferimento della Sede del Collegio da Vicolo Malgrado a via Zaccherini Alvisi e quindi alla disponibilità di spazi da dedicare all'apprendimento, alla riflessione e al confronto professionale e alla presentazione di un esposto, da parte dall'Ordine dei medici di Bologna alle Procure di Firenze e di Bologna, in cui

PROFESSIONE INFERMIERE
PERIODICO DEL COLLEGIO I.P.A.S.V.I.
DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

Distribuzione gratuita
SPED. IN A.P. ART. 2 COMMA 20/C
L. 662/96 FILIALE DI BO
REG. TRIBUNALE DI BOLOGNA N. 5729
PUBBLICAZIONE TRIMESTRALE
ANNO XXII - N. 3 - DICEMBRE 2010

Direttore responsabile
MARIA GRAZIA BEDETTI

Redazione
CONSIGLIO DIRETTIVO

Editore
COLLEGIO IPASVI - BOLOGNA

Impaginazione e stampa:
BIME Tipo-Litografia - Molinella (BO)

si sostiene che l'obiettivo di alcuni documenti approvati dalla Regione Toscana ("Proposta di sperimentazione del modello *See and Treat* in Pronto Soccorso") e dalla Regione Emilia Romagna ("Documento *triage* in Pronto Soccorso", e "*Perimed*"), è "lo sviluppo di un modello professionale infermieristico in cui risulta di fatto riconosciuto un incremento di competenze infermieristiche che risultano debordare dal campo strettamente assistenziale finendo per accedere a quello medico".

Nel documento approvato con delibera della Giunta dell'Emilia-Romagna si prevede "la possibilità di effettuare pratiche assistenziali/terapeutiche in autonomia da parte di personale infermieristico" nonché "la possibilità autonoma del personale infermieristico di inviare direttamente al medico specialista pazienti che presentino segni e sintomi precisi". Inoltre, viene riconosciuta la facoltà per gli infermieri di avviare specifici iter diagnostici. D'altronde, si legge sempre nel testo, "il grado elevato di autonomia professionale raggiunto dall'infermiere nell'ambito dell'emergenza-urgenza è un fatto ormai acquisito", ragion per cui l'infermiere è perfettamente in grado di far fronte ai nuovi compiti, che rientrano a pieno titolo nella nuova dimensione da lui acquisita e per i quali è comunque prevista una formazione specifica e un adeguato training professionale.

In attesa delle sentenze delle procure di Bologna e di Firenze, numerose sono state ad oggi le istituzioni e associazioni che hanno stigmatizzato l'azione avviata dall'Ordine dei medici di Bologna che, negando la professionalità degli infermieri che operano nell'area dell'emergenza-urgenza, rischia di incidere sulla fiducia dei cittadini nei loro confronti.

Lo stesso Assessore alle politiche per la salute dell'Emilia-Romagna Dott. Carlo Lusenti è intervenuto affermando che nel documento "non c'è alcun superamento delle competenze né tantomeno alcuna violazione della Costituzione

da parte della Regione", e che, pertanto, l'esposto del presidente dell'Ordine dei medici "appare immotivato e fuorviante".

Da più parti dunque, non si ravvisa alcuna "debordanza", ma il riconoscimento di una professionalità competente e qualificata in grado di migliorare la qualità dei servizi, di facilitare e snellire, nel caso specifico l'accesso al Pronto Soccorso da parte dei cittadini, riducendo code e tempi di attesa.

Quanto accaduto ci impegna come gruppo professionale, alla luce delle crescenti e complesse richieste assistenziali della popolazione, a cercare con i medici con cui da sempre condividiamo l'impegno assistenziale e curativo, ma anche con tutti gli altri professionisti, un confronto aperto e costruttivo orientato, più che alla difesa giuridica degli ambiti di competenza, alla condivisione di valori, obiettivi e percorsi operativi.

Ed è per questo che il nostro Piano di formazione per il 2011, come riportato di seguito in questa stessa rivista, si apre con un Convegno sull'integrazione medico-infermiere nel Dipartimento di Emergenza-Urgenza che, a partire dall'analisi della normativa vigente, attraverso lo scambio di esperienze e punti di vista, ci permetta di riconoscere il contributo messo in campo da tutti i professionisti coinvolti, punti di forza e di debolezza delle organizzazioni in cui operiamo, possibili aree di miglioramento.

La disponibilità di spazi presso la nuova sede inoltre, in particolare la disponibilità di un'aula, ci ha permesso di programmare per il 2011 altre numerose occasioni sia di apprendimento di tipo tradizionale che riflessione critica e crescita professionale su tematiche riconosciute di interesse per la professione sia da parte degli iscritti (attraverso la compilazione di un apposito questionario

da parte di chi ha partecipato agli eventi formativi nel 2010) che dalle Direzioni Infermieristiche delle Aziende sanitarie presenti sul territorio provinciale cui ci siamo rivolti per avere una lettura conte-

stualizzata dei bisogni formativi e per attivare, senza spreco di risorse, collaborazioni e sinergie con i Piani di formazione aziendali.

Le aree di interesse prioritario sono risultate perciò quelle della responsabilità e dell'autonomia, dei nuovi modelli assistenziali e dell'assistenza alle persone fragili (anziani e stranieri) nei diversi contesti di cura.

In tema di responsabilità professionale, dopo l'approccio giuridico e normativo con cui si è stato trattata lo scorso anno all'interno dei 16 Seminari "Per la valorizzazione dell'esercizio professionale: il Codice Deontologico dell'Infermiere" realizzati presso diverse sedi sul territorio provinciale, si è scelto di affrontare l'argomento declinandolo in situazioni specifiche come l'informazione e la riservatezza, la terapia farmacologia e la gestione della documentazione sanitaria, l'integrazione con il personale di supporto e la contenzione.

Per quanto riguarda l'assistenza alle persone fragili molta attenzione è stata prestata all'assistenza agli anziani per la significativa presenza di questa tipologia di utenti in tutti i contesti di cura e per la specificità che essi presentano in termini di bisogni assistenziali e quindi di presa in carico (multidimensionale, multiprofessionale e garanzia della continuità delle cure). È stata perciò prevista una giornata sulla pianificazione assistenziale all'anziano fragile che consideriamo propeudeutica anche alla frequenza dei seminari successivi in cui verranno trattati temi specifici come i problemi comportamentali, i problemi respiratori, il diabete, l'ictus e le fratture.

Anche in considerazione di questi elementi di contesto si è ritenuto necessario, come infermieri, ricercare e dotarsi di strumenti e metodi sistematici che consentano di assumere l'attività educativa come parte integrante e riconosciuta dell'assistenza alle persone. Strumenti e metodi come l'educazione terapeutica e il colloquio motivazionale (da acquisire in due spe-

cifiche iniziative formative) che ci consentano di pianificare e valutare obiettivi di salute anche attraverso iniziative educative rispetto ad un'attività semplicemente esecutiva.

Un'iniziativa formativa è stata dedicata alle diagnosi infermieristiche con l'obiettivo di valutare i vantaggi che possono derivare dal loro utilizzo nel descrivere, realizzare e valutare il processo assistenziale nei diversi contesti di cura.

Numerose infine le iniziative dedicate ad aspetti specifici dell'esperienza professionale come gli atteggiamenti nei confronti di sé, degli assistiti e delle funzioni svolte, i vissuti, le emozioni che si accompagnano alla pratica assistenziale come il Laboratorio di medicina narrativa e scrittura clinica e l'iniziativa già ripetutamente realizzata nel 2011 "Emozioni e ragioni dell'assistenza" che riproponiamo, ma anche il corso sulla prevenzione del mal di schiena che riprendiamo e uno sull'alimentazione con esercitazioni pratiche in cucina.

Per facilitare le iscrizioni e la realizzazione delle diverse iniziative, in questo numero della rivista sono riportate le informazioni dettagliate dell'iniziativa programmate nel primo trimestre dell'anno (gennaio - marzo 2011) e l'elenco di quelle del secondo (aprile- giugno 2011) demandando alle riviste successive (la prossima sarà inviata a marzo) e all'aggiornamento del sito web le informazioni più puntuali riguardanti il resto dell'anno. Ciò ci permetterà anche di intervenire sulla programmazione delle iniziative organizzando, nella seconda parte dell'anno, eventuali seconde edizioni di quelle che verranno maggiormente richieste.

In attesa di incontrarvi presso la nuova sede del Collegio, all'interno degli spazi di confronto e scambio di esperienze programmati o che voi vorrete proporre, colgo l'occasione per augurare a tutti un felice anno nuovo.

Dott.ssa Maria Grazia Bedetti

PROFESSIONE

• *Il Direttore Generale dell'Assessorato alle Politiche della Salute ci scrive*

Dott.ssa Mariella Martini

Gentile d.ssa Bedetti e gentile d.ssa Ferri,

vi ringrazio molto per il gentile e femminile saluto di benvenuto che mi avete rivolto.

La professione infermieristica è non solo uno dei pilastri ma, in questa fase, uno dei principali fattori di qualità e motori di innovazione dei processi di cura, sia negli ospedali che nei servizi del territorio.

*Vi assicuro che nell'esercizio del mio mandato sarò particolarmente attenta a cogliere le sollecitazioni provenienti da questa area professionale e volte a valorizzare le competenze, in un'ottica di lavoro in *Èquipes* multi professionali che collaborano, con l'obiettivo comune di garantire cure coerenti con i bisogni e le aspettative delle persone ed adeguate ai migliori standards di efficacia, sicurezza ed appropriatezza.*

Vi saluto cordialmente

Dott.ssa Mariella Martini



IPASVI

• **“Race for the cure”
La Maratona della
solidarietà**

Marilena Tangenti
Consigliera Collegio IPASVI

Già da alcuni anni Bologna ospita la Maratona della solidarietà per sensibilizzare i cittadini verso il problema del tumore al seno e per raccogliere fondi destinati alla lotta contro questa patologia.

La Susan G. Komen Italia nasce nel nostro Paese undici anni fa sulla scia della “Susan G. Komen for the cure” di Dallas (U.S.A.), che da oltre venticinque anni è impegnata nel campo della prevenzione e cura dei tumori al seno a livello internazionale.

L’organizzazione italiana è una ONLUS senza scopi di lucro, è basata sul lavoro di volontari e, sempre presente con una rete capillare su tutto il nostro Paese, assume una maggiore rilevanza nei quattro grandi eventi che sono tenuti ogni anno a Roma, Bari, Bologna e Napoli.

La partecipazione di professionisti infermieri, appartenenti al nostro Collegio, alla Maratona di Roma del 16 maggio 2010 è stata talmente significativa ed emozionante, che ha indotto il Consiglio Direttivo del Collegio e la Presidente ad impegnarsi affinché alla manifestazione di Bologna fosse presente la “Squadra” del Collegio IPASVI. Sappiamo tutti che in occasione della Maratona di Roma è stato emesso il francobollo dedicato alla professione infermieristica: di questo siamo molto



fieri, e riconoscenti a tutti coloro che lo acquistano, poiché il piccolo sovrapprezzo è a favore della lotta contro i tumori al seno – “Affranca la Vita”, lo slogan che è stato coniato su questo evento e che abbiamo visto riprodotto già tante volte nei documenti della nostra Federazione Nazionale IPASVI, ci stimola tuttora ad impegnarci in tutti gli ambiti del nostro lavoro, affinché sia davvero la vita a prevalere su tutto. L’evento “Maratona Race for the cure”, svoltosi a Bologna il 26 settembre 2010 nella splendida cornice dei Giardini Margherita e nelle vie del centro storico della città, ove si sono svolte sia la Maratona per podisti (capeggiata da Gianni Morandi), sia la “passeggiata” per i più “pigri” capeggiata da gruppi folcloristici tra cui i pittoreschi “Sca-

riolanti” di Ravenna, è stata una festa, perché l’obiettivo sempre presente in ciascun partecipante era - ed è - quello di combattere il tumore al seno con la prevenzione e renderlo sempre più curabile, fino a sconfiggerlo.

Questo lo hanno dimostrato le centinaia di donne “in rosa” presenti alla Maratona di Roma e in particolare a quella di Bologna, insieme a oltre 8500 cittadini. La “Pagoda” del Collegio di Bologna, posta in bella vista e adornata dai “Totem” (forniti dalla Federazione IPASVI), ha registrato molto interesse fra tutti i partecipanti e le nostre bandierine hanno percorso le vie della città. La Presidente Maria Grazia Bedetti, dal podio, ha portato il saluto e la solidarietà di tutti noi, riaffermando il nostro costante impegno per la prevenzione di questa malattia, nella cura e nel sostegno alle persone che ne sono colpite. Una cartolina gigante con la riproduzione del francobollo “Affranca la Vita”, sorretta dalla Presidente e da una Collega in divisa, testimoniava i valori della professione infermieristica accanto alle Autorità e alla madrina della manifestazione, l’attrice Maria Grazia Cucinotta. Nell’anno 2011 la Maratona “Race for the cure” sarà tenuta a Bologna la domenica 25 settembre, mentre sarà preceduta da quelle di Roma (22 maggio), Bari (29 maggio) e seguita da Napoli (9 ottobre). Il nostro Collegio, quindi tutti noi, vogliamo partecipare alla Maratona di Bologna ancora più numerosi e ben visibili, perciò invitiamo tutti i professionisti Infermieri, Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici a prendere parte all’evento. Già dalla prossima estate accoglieremo le iscrizioni e nella prossima rivista “Professione Infermiere” daremo ulteriori informazioni e indicazioni sulle modalità di partecipazione.



• **PROMOS.** *Un progetto per la qualificazione professionale*

Inf. Antonello Pani
Consigliere Collegio Ipasvi

L’IPASVI è stata coinvolta come partner di PROMOS (**PRO**getto per la **MO**bilità degli **O**peratori della **S**anità), un progetto presentato nell’ambito di LongLife Learning Programme - Programma Settoriale Leonardo da Vinci - Azione Mobilità.

Il progetto, che ha ufficialmente preso avvio il giorno 1 Settembre 2010, nasce da una convergenza di interesse per la funzione tutoriale di un ampio paternariato I partners del progetto sono:

- Centro Studi Tutor
 - Azienda USL di Bologna
 - Universitatea “Transilvania” Brasov (Romania)
 - Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saude Mental (Portogallo)
 - Institute Supérieur d’Enseignement Infirmier - ISEI (Belgio)
- cui fanno da supporto i partner:
- Associazione Italiana Fisioterapisti Emilia Romagna (A.I.F.I.)
 - Collegio Provinciale Infermieri Professionali Assistenti Sanitari Vigiliatrici d’Infanzia di Bologna
 - Collegio delle Ostetriche della Provincia di Bologna.

PROMOS è rivolto a un gruppo di 15 operatori e operatrici della sanità: farmacisti, ostetriche, fisioterapisti e infermieri che lavorano nell’AUSL di Bologna. La loro individuazione è avvenuta, previo bando di selezione, in quanto da anni professionisti coinvolti nella funzione

di tutor per il programma Erasmus, per tirocini di adattamento, per i tirocini nei percorsi formativi della Laurea triennale della Facoltà di Scienze Infermieristiche presso l’Alma Mater Studiorum di Bologna; ma è avvenuta anche per il coinvolgimento in sperimentazioni qualitative e la conoscenza della lingua inglese o francese. Ecco l’elenco completo con i nomi dei 15 operatori che definiremo come i pionieri di questo nuovo e importante progetto aziendale, in quanto per primi affronteranno questa esperienza:

I/le Partecipanti al Progetto **PROMOS**

FARMACISTA
Barattoni Bianca
INFERMIERI
Giandonato Catherine (referente Belgio)
Favarin Ivan
Mattarozzi Marzia
Montanari Leonardo
Pani Antonello
Rossini Antonella
Gutierrez Valero Maria Mercedes
Zanini Luciana
OSTETRICHE
Fogli Morena (referente Portogallo)
Gualandi Valentina (referente Romania)
Siotto Maria
FISIOTERAPISTI
Pagnoni Milena
Quiros Micol Serenella
Ballo Barbara

Dopo alcuni incontri svoltisi in ambito aziendale noi operatori abbiamo ricevuto una preparazione all’esperienza al fine di approfondire la reciproca conoscenza e costituire un team di lavoro: ci siamo confrontati sulle pratiche tutoriali in uso nei reciproci settori lavorativi, sugli strumenti di lavoro da adottare in questa esperienza (griglie di osservazione e rilevamento dati, rendicontazione delle spese, ecc.), nonché sulle modalità di monitoraggio e valutazione dell’esperienza, ricevendo inoltre informazioni sul personale responsabile e sulle strutture presso le quali avrà luogo il nostro soggiorno all’estero.

Il gruppo di lavoro che ci supporta è costituito da rappresentanti del Centro Studi Tutor (Dott.ssa Ornella Scandella e Dott.ssa Luisa Farinati e Marilena Vimercati) e dell’azienda AUSL di Bologna (Dott.ssa Francesca Isola, Dott.ssa Maria Rita Ferretti, Dott.ssa Rossana di Renzo, Dott.ssa Ester Rondi e Dott.ssa Marcella Muci).

I referenti dei partners stranieri sono: la Dott.ssa Liliana Rogozea per la Romania, la Dott.ssa Catry Decannoy per il Belgio, il Dott. Carlos Sequeira per il Portogallo.

FINALITÀ DEL PROGETTO

Il progetto PROMOS ha come finalità una maggiore qualificazione del personale sanitario che svolge anche attività tutoriale durante i percorsi di apprendimento dall'esperienza sul campo. Il gruppo dei professionisti selezionati all'interno dell'AUSL di Bologna avranno in tal modo l'occasione di arricchire le loro competenze nel campo della tutorship. Intendiamo come tutorship l'attività attraverso la quale professionisti e professioniste, nell'ambito del proprio ruolo e durante lo svolgimento della loro attività professionale, si prendono cura dello studente o studentessa, guidandolo/a nel percorso di apprendimento di capacità e competenze.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

Il progetto, che prevede la permanenza da parte degli operatori nei rispettivi paesi ospitanti per la durata di 8 giorni durante un periodo che va dal novembre 2010 a febbraio 2011, consta di tre obiettivi principali:

- approfondire la conoscenza delle pratiche tutoriali in atto nei Paesi ospitanti e delle modalità di progettazione e pianificazione del percorso di tirocinio;
- sviluppare un confronto tra professionalità a livello transnazionale nella logica di promuovere la mobilità e l'occupabilità;
- potenziare le conoscenze delle lingue straniere mediante la permanenza nel paese ospitante e l'utilizzo della lingua in situazioni sociali e lavorative.

Durante il periodo di permanenza all'estero, lo staff responsabile dell'attività di monitoraggio, rimarrà in contatto con ciascun partecipante dal quale riceverà online quotidianamente ogni 2 giorni un breve resoconto secondo le griglie costruite nella fase di preparazione. La registrazione puntuale delle attività giornaliere da parte di ciascun professionista contribuirà a costruire un quadro complessivo ricco di dati e riflessioni, utile non solo nella fase di rielaborazione di gruppo ex post, ma anche nella fase di pianificazione della tutorship nei futuri corsi di formazione.

ESITI DEL PROGETTO

Questi possono essere declinati su più versanti; in primis dei beneficiari, in termini di trasferibilità di buone prassi, progresso nella riflessione

sugli aspetti teorici e condivisione dei modelli di intervento. Sul versante del promotore il progetto si configura come importante occasione di approfondire questioni legate ai sistemi organizzativi tutoriali, ai profili professionali degli operatori tutor, agli approcci metodologici e strumenti di supporto, ma anche di ampliare la rete di relazioni sulla cui base costruire partenariati tra soggetti che si occupano di funzione tutoriale.

CERTIFICAZIONE DELL'ESPERIENZA

Al termine dell'esperienza verrà rilasciata la **Certificazione Europass Mobility**, un documento europeo standard che registra in modo dettagliato il contenuto e i risultati in termini di competenze o di titoli accademici ottenuti dal professionista in un periodo trascorso in un altro paese europeo ai fini di studio. Il formato di Europass Mobility è conforme alla Decisione n. 224/2004/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 15 dicembre 2004, relativa a un quadro unico per la trasparenza delle qualifiche e delle conoscenze. Verrà inoltre rilasciato ai partecipanti un attestato a firma congiunta del Centro Studi tutor e dell'AUSL di Bologna. Al termine di questa importante esperienza tutti i partecipanti si incontreranno per una rielaborazione delle esperienze effettuate nei diversi paesi europei e per la disseminazione dei risultati.

• Contributi obbligatori: Casi di Riduzione e di Esonero

a cura di Paolo Frascari

OBLIGHI CONTRIBUTIVI

L'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica, è stato istituito, come Fondazione di diritto privato ai sensi dell'art. 3 del decreto legislativo 10 febbraio 1996, n. 103, con decreto interministeriale del 24 marzo 1998, con il quale sono stati approvati lo Statuto ed il Regolamento di Previdenza.

L'Ente assicura la copertura previdenziale obbligatoria, attraverso l'eroga-

zione di prestazioni previdenziali agli infermieri che svolgano attività libero professionale, contestualmente o meno ad altra attività di tipo subordinato.

A fronte del riconoscimento di tali prestazioni, ai sensi degli artt. 3, 4 e 29 del Regolamento di Previdenza, ciascun iscritto ha l'obbligo di versare all'Ente, annualmente, la seguente contribuzione:

- un **contributo soggettivo** pari al 10% del reddito professionale netto di lavoro autonomo che a seguito di opzione può essere aumentato al 12%, 14%, 16%, 18% e 20%.
- un **contributo integrativo** rappresentato da una maggiorazione percentuale del 2% da applicarsi su tutti i corrispettivi lordi che concorrono a formare il reddito imponibile dell'attività autonoma di libera professione.
- Un **indennità di maternità** attualmente di 55,00 euro.

Il Regolamento di Previdenza oltre a determinare le percentuali e gli importi dei predetti contributi ha stabilito per gli stessi anche degli importi minimi e dei relativi casi di esonero e di riduzione.

Gli art.3 e 4 del Regolamento di Previdenza stabiliscono infatti che sono comunque dovuti un:

- **contributo minimo soggettivo** di € 550,00
- **contributo minimo integrativo** di € 120,00.

La previsione di un contributo minimo sta a significare che l'importo stabilito, in assenza di istanza documentata da parte dell'iscritto, è comunque dovuto anche in assenza sia di reddito che di volume di affari.

Casi di Riduzione

Il Regolamento di Previdenza prevede la possibilità di **ridurre al 50% il contributo minimo soggettivo** per:

- gli iscritti che svolgono, oltre alla libera professione, anche attività di lavoro dipendente con rapporto di lavoro a tempo parziale con orario inferiore o pari alla metà del tempo pieno;
- gli iscritti che siano rimasti inattivi per almeno sei mesi continuativi nel corso dell'anno solare;
- gli iscritti che non abbiano compiuto il ventiseiesimo anno di età all'atto della prima iscrizione all'Ente. In tal caso la riduzione è valida per l'anno stesso e per quello successivo.

Esempio pratico:

Reddito Professionale	Contributo soggettivo minimo	Contributo soggettivo dovuto	Saldo
5.000	275	500	225
10.000	275	1.000	725

L'art. 1 del Regolamento prevede la possibilità di **ridurre al 50% il contributo soggettivo** per:

- gli iscritti che hanno compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che si avvalgono della facoltà di rimanere iscritti all'Ente.

In tal caso sono inapplicabili le disposizioni relative al contributo minimo:

Esempio pratico:

Reddito Professionale	Contributo soggettivo minimo	Contributo soggettivo dovuto	Saldo
5.000	-	250	250
10.000	-	500	500

Riduzione del contributo integrativo e dell'indennità di maternità.

Non sono previsti casi di riduzione né del contributo integrativo dovuto né del contributo minimo integrativo né dell'indennità di maternità.

Sono comunque dovuti i contributi calcolati in percentuale rispetto ai dati reddituali prodotti.

CASI DI ESONERO

L'art. 3 del Regolamento di Previdenza prevede la possibilità di ottenere **l'esonero dal versamento del contributo minimo soggettivo** per:

- gli iscritti che esercitano contestualmente attività di lavoro dipendente a tempo pieno ovvero con part-time superiore al 50% del tempo pieno.

L'art. 4 del Regolamento di Previdenza prevede la possibilità di ottenere **l'esonero dal versamento del contributo minimo integrativo** per:

- gli iscritti che esercitano contestualmente attività di lavoro dipendente a tempo pieno ovvero con part-time superiore al 50% del tempo pieno;
- gli iscritti che hanno compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che si avvalgono della facoltà di rimanere iscritti all'Ente.

L'art. 29 del Regolamento di Previdenza prevede la possibilità di ottenere **l'esonero dal versamento dell'indennità di Maternità** per:

- gli iscritti che esercitano contestualmente attività di lavoro dipendente a tempo pieno.

Sono comunque dovuti i contributi

calcolati in percentuale rispetto ai dati reddituali prodotti.

ADEMPIMENTI PER OTTENERE I BENEFICI

Nel caso di istanza presentata all'atto dell'iscrizione è necessario compilare l'apposita sezione presente sul modulo; successivamente all'iscrizione, deve essere compilato ed inviato il modulo di riduzione/esonero (la riduzione per età può essere richiesta solamente all'atto della prima iscrizione all'Ente).

Oltre all'apposito modulo di domanda deve essere trasmessa anche una fotocopia di un documento di riconoscimento ed inoltre:

- Nel caso di richiesta di riduzione/esonero per lavoro dipendente: l'attestato di servizio
- Nel caso di richiesta di riduzione per inattività professionale (a seconda della modalità di svolgimento della libera professione):
→ copia del registro IVA dell'anno di riferimento
→ dichiarazione del legale rappresentante dello studio associato
→ dichiarazione del committente

La domanda di riduzione deve essere inoltrata, con raccomandata con avviso di ricevimento, ovvero può essere consegnata a mano presso gli uffici dell'Ente, **entro 60 giorni** dalla fine dell'anno di riferimento.



• *Esercizio della Libera Professione Infermieristica* *L'esperto risponde* *Dott. Paolo Frascari*

Quali contributi obbligatori sono deducibili dalla dichiarazione dei redditi modello Unico del lavoratore autonomo libero professionista?

L'art.10 del T.U. delle Imposte Dirette stabilisce che sono deducibili dal reddito complessivo i contributi previdenziali ed assistenziali versati in ottemperanza a disposizioni di legge nonché quelli versati facoltativamente alla gestione della forma pensionistica obbligatoria di appartenenza.

Tra tali contributi vengono pertanto ricompresi anche il **contributo soggettivo** e di maternità pagati nel periodo di riferimento all'ENPAPI.

Per quanto riguarda il **contributo integrativo**, disponendo la legge che il professionista può far rivalere tale contributo al proprio cliente lo esclude dalla possibilità di deduzione.

Si ricorda che l'importo da riportare nel quadro RP del Mod. Unico deve essere quello effettivamente pagato nel periodo di riferimento.

Il lavoratore autonomo può svolgere la propria attività solamente in forma individuale?

La risposta è negativa in quanto il libero professionista può svolgere l'attività anche in forma associativa. Le forme più comuni utilizzate nell'ambito infermieristico sono le associazioni tra professionisti e le cooperative sociali.

Il dipendente di una RSA che voglia svolgere anche attività di lavoro autonomo può svolgere l'attività libero professionale?

Il dipendente privato può svolgere anche attività di lavoro autonomo?

La possibilità di svolgere l'attività libero professionale in concomitanza ad un contratto di lavoro subordinato, per quanto riguarda i dipendenti delle pubbliche amministrazioni è regolata dal DLgs 30 Marzo 2001 n. 165, "Norme generali su ordinamento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni", il quale all'art. 53 stabilisce il divieto per i dipendenti pubblici con un contratto a tempo pieno

di espletare un'altra attività lavorativa più o meno retribuita con esclusione dei dipendenti con rapporto di lavoro a tempo parziale con prestazione lavorativa non superiore al cinquanta per cento di quella a tempo pieno.

La possibilità di esercitare un'attività libero professionale da parte del dipendente pubblico è comunque subordinata ad una autorizzazione rilasciata dall'amministrazione di appartenenza ed è esclusa nel caso si ricorra una carica dirigenziale.

La suddetta normativa crea una disparità di trattamento con il personale infermieristico dipendente da strutture private. Infatti, il contratto di lavoro della sanità privata non ha il vincolo di esclusività, esso prevede la possibilità di poter svolgere una seconda attività lavorativa retribuita, con un unico limite "di non trattare affari per conto proprio o di terzi in concorrenza con l'imprenditore".

Il contributo integrativo viene versato dagli iscritti in misura del?

Gli iscritti all'Ente devono applicare, conformemente a quanto previsto dall'articolo 8, comma 3, del D.Lgs. 10 febbraio 1996, n. 103, una maggiorazione percentuale, a titolo di contributo integrativo, su tutti i corrispettivi lordi che concorrono a formare il reddito imponibile dell'attività libero professionale.

Detto ammontare deve essere versato all'Ente, indipendentemente dall'effettivo pagamento che ne abbia eseguito il debitore.

Detta maggiorazione è attualmente fissata nella misura del 2% ed è riscossa direttamente dall'iscritto, dalla Associazione o dalla Cooperativa sociale cui esso eventualmente partecipa, contestualmente alla riscossione dei corrispettivi o proventi e previa evidenziazione del relativo importo sul documento fiscale emesso o rilasciato. E' in ogni caso dovuto un contributo minimo attualmente pari a Euro 120,00. Il contributo integrativo non è soggetto a ritenuta di acconto ai fini dell'IRPEF e non concorre alla formazione del reddito imponibile. E' soggetto ad IVA, fatto salvo il caso delle prestazioni esenti di cui all'art. 10, punto 18, del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 633, e successive modificazioni e integrazioni.

• Più facile chiedere informazioni con il nuovo numero verde di Equitalia Polis



Equitalia

Sempre più semplice dialogare con Equitalia Polis grazie al nuovo contact center, il centralino che permette ai cittadini e alle imprese di ottenere informazioni sulle cartelle di pagamento e sulle procedure di riscossione, chiamando comodamente da casa o dall'ufficio, 24 ore su 24.

Tutti i giorni, dalle ore 8.30 alle 18 dei giorni feriali, i contribuenti di Bologna chiamando gratuitamente al numero verde 800 354088 possono parlare con un operatore per chiedere chiarimenti sulla propria situazione debitoria. In caso di attesa superiore a 2 minuti, poi, l'utente ha la possibilità di lasciare il proprio recapito telefonico per essere ricontattato da un operatore in un secondo momento.

Inoltre, allo stesso numero è disponibile un sistema di risposta automatica, attivo 24 ore su 24, che offre per esempio informazioni di servizio, come indirizzi e orari di apertura degli sportelli, dettagli sulle procedure di rateizzazione e sulle modalità per comunicare un pagamento già effettuato.

Si ricorda, infine, che attraverso il sito internet di Equitalia Polis (www.equitaliapolis.it) è possibile verificare la propria situazione debitoria, calcolare il piano di rateazione, scaricare utile modulistica, effettuare pagamenti e richiedere assistenza telematica attraverso il formulario presente nella pagina "contatti".

Il nuovo contact center, progettato per offrire un sistema di dialogo efficace ed efficiente, basato sulla massima professionalità degli operatori e sulla più moderna tecnologia, rientra nella strategia prevista dal nuovo programma dei servizi di Equitalia Polis che mira ad agevolare al massimo gli adempimenti fiscali a cittadini e imprese che dal 2 novembre possono usufruire dell'apertura dello sportello di via Paolo Nanni Costa n 28 (presso Agenzia delle Entrate), dal lunedì al venerdì anziché due giorni a set-

timana con orario di apertura dalle h. 8.45 alle h. 12.45 con pagamento solo a mezzo BANCOMAT O ASSEGNATI CIRCULAR. Inoltre, lo sportello di Bologna via Tiarini n. 37 osserverà il seguente orario: dal lunedì al venerdì dalle ore 08,25 alle ore 13,25; il giovedì sarà aperto anche dalle ore 14,20 alle ore 15,45.

Sempre dal 2 novembre, nell'ottica di garantire all'utenza solo quelle strutture che rispondono ai migliori standard qualitativi, lo sportello di via Del Lavoro, 47 - Casalecchio di Reno sarà chiuso in attesa di trovare una sede più consona all'accoglienza del pubblico.

• ANSABBIO: "Tutti per un sorriso, un sorriso per tutti" Cleopatra Ferri

Il giorno 11 dicembre u.s. ho partecipato in rappresentanza del nostro Collegio all'evento "Tutti per un sorriso, un sorriso per tutti" organizzato dall'Associazione ANSABBIO e svoltosi presso il PalaDozza di Bologna nel primo pomeriggio.

Già in Consiglio Direttivo del Collegio si era parlato di questo evento e del progetto di questa Associazione di costruire un "castello" per i bambini malati.

Non conosco la reale portata ed il significato di quest'ultima prospettiva, ma ciò di cui voglio fare partecipi tutti Voi che leggete il nostro periodico "Professione Infermiere", è stata l'emozione che ho provato e che ha risvegliato in me tanti ricordi, di cui alcuni molto tristi, quando, da giovane infermiera poi Caposala in Clinica Pediatrica - Ospedale S. Orsola, ho visto e assistito troppi bambini che perdevano la vita perché oltre cinquant'anni fa non c'erano cure per le malattie che oggi sono curabili e quasi sempre guarite ma, purtroppo, non ancora del tutto sconfitte.

Già da tempo, fortunatamente, la scienza, la tecnologia, la diagnostica, le multiterapie, la dedizione di medici e professionisti sanitari hanno portato risultati eccezionali, ma anche lunghe sofferenze ai bambini e adulti malati e alle loro famiglie. Ecco allora che accanto al rapporto professionale tra paziente, medico, infermiere e altri operatori è comparsa la clown terapia, effettuata da volontari che, preparati e previa autorizzazioni della struttura sanitaria, svolgono questa attività negli ospedali e/o istituzioni per anziani e persone bisognose di attenzione.

La clown terapia, ideata da un medico neozelandese, ha lo scopo di rendere sereni i bambini e anche gli adulti attraverso il gioco e la magia.

Sappiamo che questo avviene ormai in tutti gli ambiti pediatrici, dove medici e infermieri e altri operatori sanitari fanno apparire un gioco, ogni volta che è possibile, l'intervento diagnostico, terapeutico e assistenziale.

Tuttavia l'Associazione ANSABBIO (e con essa altre Associazioni quali, ad esempio, "Piccoli grandi cuori" e "Fanepe", più volte citate e apparse su un grande schermo, anch'esse particolarmente attive nell'assistenza ai bambini e alle loro famiglie nell'intento di rendere meno gravoso per tutti il peso della malattia) mi è parsa meritevole di questa segnalazione per l'impegno che pone per alleviare le sofferenze dei bambini e delle loro famiglie.

E' stato un pomeriggio molto bello e intenso, sul palco si sono succeduti cantanti di grido, giocolieri e atleti amatoriali con le loro prodezze; tutti hanno donato gioia e allegria agli spettatori, ed in particolare ai bambini ed alle persone sofferenti portate dai volontari.

Erano presenti i Sindaci di molti Comuni della nostra Provincia, rappresentanti della Regione e il Vice Commissario del Comune di Bologna ha consegnato all'ideatore e Presidente dell'ANSABBIO una medaglia d'oro del Presidente della Repubblica con una speciale motivazione per l'opera che svolge in particolare nel reparto pediatrico dell'Istituto Ortopedico Rizzoli.

Il messaggio "Tutti per un sorriso e un sorriso per tutti" ritengo sia di buon auspicio per il futuro di tutti i bambini e adulti malati ed un augurio anche per tutti noi all'inizio e durante un nuovo anno di lavoro.

NORMATIVA

• *Ministero della Salute*

Decreto 15 ottobre 2010

"Istituzione del sistema informativo per la salute mentale."

(G.U. Serie Generale n. 254 del 29 ottobre 2010)

"...omissis..."

Decreta:

Art. 1 **Finalità**

1. È istituito il Sistema informativo salute mentale (di seguito denominato SISM), nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario (di seguito NSIS), per il perseguimento, nel principio di proporzionalità e indispensabilità, delle seguenti finalità:

- monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento;
- supporto alle attività gestionali dei Dipartimenti di salute mentale (di seguito DSM), per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale.

Art. 2

Ambito di applicazione e definizioni

1. Il presente decreto si applica agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati da operatori afferenti al SSN, nell'ambito dell'assistenza rivolta a persone adulte con problemi psichiatrici e alle loro famiglie.

Art. 3

Caratteristiche generali del sistema informativo e tipologia dei flussi

1. Il Sistema informativo salute mentale è il sistema di supporto al conseguimento delle finalità definite nel presente decreto. Le caratteristiche del SISM sono riportate nel disciplinare tecnico allegato, che costituisce parte integrante del presente decreto. Il sistema offre:

- servizi per lo scambio di dati tra il livello regionale e nazionale;
- strumenti espressamente dedicati all'analisi dei dati resi disponibili a livello nazionale e regionale.

2. Il contesto dei dati del SISM è costituito da dati personali non identificativi, ai sensi ed in conformità alle disposizioni del decreto legislativo n. 196/2003, relative alle attività svolte dai DSM, raccolte a livello regionale e da elaborazioni predisposte e pubblicate a livello nazionale.
3. Le regioni e le province autonome mettono a disposizione del NSIS, presso il Ministero della salute, le informazioni riportate nel disciplinare tecnico allegato. I flussi informativi rileveranno le informazioni relative a: attività, personale e strutture afferenti ai DSM.

Art. 4

Modalità per la messa a disposizione delle informazioni

1. Le informazioni sono messe a disposizione del Nuovo sistema informativo sanitario attraverso l'utilizzo delle funzionalità previste dal Sistema informativo salute mentale.
2. Il sistema è predisposto per permettere:
 - alle unità organizzative delle regioni e province autonome competenti, come individuate da provvedimenti regionali e provinciali, di consultare la base dati centrale in forma aggregata limitatamente ai dati relativi alla regione di appartenenza;
 - alle unità organizzative della Direzione generale della prevenzione sanitaria e della Direzione generale del sistema informativo del Ministero della salute competenti, come individuati dal decreto ministeriale di organizzazione, di consultare i dati presenti sulla base dati centrale in forma aggregata.
3. Le modalità di alimentazione del Sistema informativo per la salute mentale sono specificate nell'allegato disciplinare tecnico.
4. Le specifiche tecniche dei flussi informativi sono disponibili sul sito internet del Ministero (www.nsis.ministerosalute.it), anche in attuazione di quanto previsto dall'art. 54 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, concernente il codice dell'ammi-

nistrazione digitale.

5. Eventuali integrazioni o modifiche ai flussi informativi, alle regole di acquisizione e di controllo ed alle modalità di trasmissione saranno rese disponibili con le medesime modalità previste al comma 3.

Art. 5

Termini per la messa a disposizione delle informazioni

1. Le regioni e province autonome comunicano e mantengono aggiornate le informazioni anagrafiche dei Dipartimenti di salute mentale (strutture) secondo le modalità indicate nel disciplinare tecnico.
2. La trasmissione delle informazioni ha cadenza periodica: il primo invio riguarderà i dati relativi all'anno 2010.
3. I termini dell'invio sono i seguenti:
 - il flusso informativo personale ha cadenza annuale; i dati devono essere messi a disposizione entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello di rilevazione. Eventuali rettifiche o integrazioni ai dati trasmessi possono essere effettuate, al più tardi, entro sessanta giorni dalla data limite d'invio;
 - il flusso informativo attività ha cadenza semestrale; i dati devono essere messi a disposizione entro sessanta giorni dalla fine del periodo di rilevazione. Eventuali rettifiche o integrazioni ai dati trasmessi possono essere effettuate, al più tardi, entro il mese successivo alla data limite d'invio.
4. Entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente decreto, le regioni e le province autonome hanno la facoltà di mettere a disposizione eventuali dati storici.
5. Qualsiasi variazione riguardante i termini per la messa a disposizione delle informazioni di cui ai commi 2, 3 e 6, sarà pubblicata sul sito internet del Ministero (www.ministerosalute.it), anche in attuazione di quanto previsto dall'art. 54 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, concernente il codice dell'amministrazione digitale.

Art. 6

Ritardi e inadempienze

1. Per l'anno 2010 si considererà soddisfatto l'adempimento dando avvio alla trasmissione dei dati al NSIS.
2. Il conferimento dei dati sarà ricompreso, dal 1° gennaio 2012, fra gli adempimenti cui sono tenute le regioni, per l'accesso al finanziamen-

to integrativo a carico dello Stato ai sensi dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-regioni il 23 marzo 2005.

Art. 7

Trattamento dei dati

1. La riservatezza dei dati trattati nell'ambito del SISM, ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 ed, in particolare, dell'art. 34, comma 1, lettera h), viene garantita dalle procedure di sicurezza relative al software e ai servizi telematici, in conformità alle regole tecniche di cui all'art. 71, comma 1-bis, del Codice dell'amministrazione digitale.
2. Nel SISM sono raccolti e trattati solo i dati indispensabili per il perseguimento delle finalità del presente decreto, con modalità e logiche di organizzazione ed elaborazione delle informazioni dirette esclusivamente a fornire una rappresentazione aggregata dei dati. L'accesso degli incaricati del trattamento ai dati registrati nel SISM avviene attraverso chiavi di ricerca che non consentono, anche mediante operazioni di interconnessione e raffronto, la consultazione, la selezione o l'estrazione di informazioni riferite a singoli individui o di elenchi di codici identificativi. Le funzioni applicative del sistema non consentono la consultazione e l'analisi di informazioni che rendano identificabile l'interessato ai sensi dei codici di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali per scopi statistici o scientifici di cui agli allegati A3 e A4 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.
3. Il codice univoco assegnato a ciascun soggetto, in applicazione di quanto previsto dalla scheda 12 dello schema di regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari delle regioni e province autonome, ai fini di evitare duplicazioni di informazioni riferite allo stesso soggetto, è diverso da analogo codice utilizzato nella trasmissione dei dati di altri sistemi informativi. Qualora le regioni e le province autonome non dispongano di sistemi di codifica, coerenti con quanto stabilito nello schema tipo di regolamento, i dati saranno inviati in forma anonima.
4. I dati inviati dalle regioni e province autonome, già privi degli elementi identificativi diretti, sono archiviati

previa separazione dei dati sanitari dagli altri dati. I dati sanitari sono trattati con tecniche crittografiche.

5. La trasmissione telematica dei dati, secondo le procedure descritte nel disciplinare tecnico allegato, avviene in conformità alle relative regole tecniche del Sistema pubblico di connettività («SPC») previsto e disciplinato dagli articoli 72 e seguenti del Codice dell'amministrazione digitale. In particolare si utilizzerà un protocollo sicuro e si farà ricorso alla autenticazione bilaterale fra sistemi basata su certificati digitali emessi da un'autorità di certificazione ufficiale.
6. Il processo di autenticazione in rete degli utenti avviene tramite Carta nazionale dei servizi, Carta di identità elettronica e, in fase di prima attuazione, tramite credenziali di autenticazione, in conformità all'art. 64 del Codice dell'amministrazione digitale e all'art. 34 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, secondo le modalità descritte nel disciplinare tecnico allegato.
7. Ai fini della cooperazione applicativa le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano e il Ministero della salute garantiscono la conformità delle infrastrutture alle regole dettate dal Sistema pubblico di connettività.
8. Con riferimento al comma 5, le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano che non dispongono di servizi di cooperazione applicativa predispongono un piano di adeguamento dei propri sistemi. Nelle more dell'adeguamento dei sistemi regionali il conferimento dei dati è reso possibile secondo le previste procedure descritte nel disciplinare tecnico allegato.
9. L'approvazione delle modifiche e l'aggiornamento degli standard tecnologici saranno effettuati secondo le modalità previste dall'art. 71 del Codice dell'amministrazione digitale.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 15 ottobre 2010

Il Ministro: Fazio

Allegato omissis

FORMAZIONE

I Corsi di Formazione Continua ECM previsti nel II trimestre 2011, i cui programmi saranno pubblicati nel n. 1/2011 della Rivista "Professione Infermiere", al momento, sono i seguenti:

04/04/2011

Seminario

"Assistenza anziano con fratture"

Durata 4 ore

06/04/2011

"Assemblea ordinaria annuale"

Durata 6 ore

13/04/2011

Corso

"BLS"

Durata 8 ore

(sono previste più edizioni)

14/04/2011

Corso

"Terapia farmacologia in sicurezza"

Durata 9 ore divise in tre incontri

20/04/2011

Seminario

"Responsabilità infermieristiche e Operatore Socio Sanitario"

Durata 4 ore

03/05/2011

Corso

"Tutela della salute degli Infermieri (Mal di schiena)"

Durata 12 ore divise in 4 incontri

14/05/2011

Corso

"Alimentazione e salute. Prevenire con gusto"

Durata 13 ore divise in 3 incontri

19/05/2011

Corso

"Documentare in sanità"

Durata 13 ore divise in tre incontri

25/05/2011

Corso

"Educazione terapeutica"

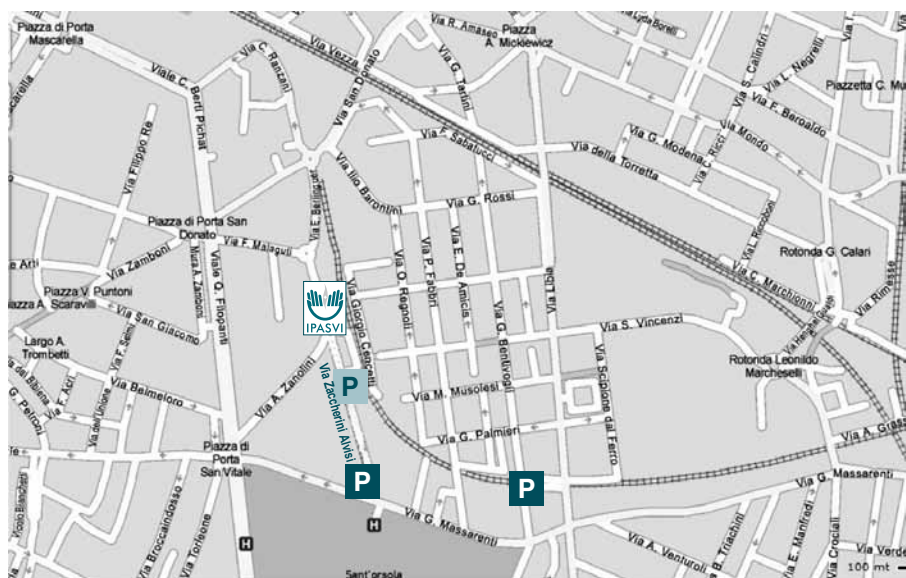
Durata 21 ore divise in tre incontri

Data da definire

Corso

"La gestione non farmacologica del dolore"

Durata 8 ore



MODALITÀ DI ACCESSO AL COLLEGIO IPASVI DI BOLOGNA CON AUTO

Area Comunale con Parcheggi stradali (zona blu)

P = Parcheggi custoditi

P = Parcheggio "Zaccherini Alvisi"

Via Zaccherini Alvisi, 12 – Bologna.

Parcheggio convenzionato con il Collegio IPASVI:

€ 0,80/all'ora, da 1 a 10 ore

Per poter usufruire della convenzione è necessario far timbrare il ticket, ritirato all'ingresso del parcheggio, dal Collegio, al momento della firma di presenza al Corso ECM.

Stesso servizio può essere richiesto da coloro che usufruiscono del suddetto parcheggio e che accedono alla Segreteria del Collegio.



Collegio IPASVI Bologna - British School

Corsi di inglese scientifico specifico per le Professioni Sanitarie di Infermiere Assistente Sanitario - Infermiere Pediatrico

Il Consiglio Direttivo del Collegio ha stipulato un accordo con la British School – sede di Bologna – per attivare corsi di inglese scientifico per i professionisti sanitari iscritti all'Albo.

I Corsi della durata di **90 ore** saranno tenuti nell'aula del Collegio, in via G. Zaccherini Alvisi 15/I, di mattina o di pomeriggio, in date da definire, a partire dal mese di Febbraio 2011. Le lezioni avranno carattere interattivo e sono previste attività nella sede della British School, Via Zamboni, 1 - Bologna.

Costo iscrizione € **300,00** a carico di ciascun partecipante al Corso.

L'accesso al Corso avviene attraverso una prova di ingresso per valutare le conoscenze possedute con conseguente modalità formative. Il superamento dell'esame finale viene rilasciato un certificato di conoscenza della lingua inglese avente carattere di ufficialità (circolare ministeriale n. 117 prot. 3723/b/1/A del 14.04.2010), nell'ambito del quadro comune europeo per l'apprendimento di una seconda lingua (elaborato dal Consiglio d'Europa e finalizzato al riconoscimento reciproco delle certificazioni sull'apprendimento delle lingue tra gli Stati membri dell'Unione Europea)

Pre-iscrizioni presso la sede del Collegio entro il 31.01.2010.

Il versamento della quota di frequenza dovrà essere effettuato all'inizio del corso.



AIMI – Associazione Infermieri Malattie Infettive
SIMIT – Società Italiana Malattie Infettive Tropicali
Partecipa il Collegio IPASVI Bologna

XXIII Congresso Nazionale

I Annuncio

Le cure alla persona con malattia infettiva: come governare la complessità

Bologna - 15 Maggio 2011 - ore 17.00-19.30
Palazzo Archiginnasio - Sala Stabat Mater

Bologna - 16-17 Maggio 2011 - ore 8.00-18.00
Palazzo della Cultura e Dei Congressi - Sala Europa

PROGRAMMA SCIENTIFICO

Domenica 15 Maggio 2011

- Ore 17.00 Registrazione Partecipanti
Ore 17.30 **SEDUTA INAUGURALE**
Apertura del Congresso - P. Viale, M.G. Tajé
Ore 18.00 **Saluto delle Autorità**
Ore 18.30 **Lecture Magistrali**
Le Malattie Infettive che ho visto e quelle che non vorrei vedere
La Tuberculosis: storia di una malattia infettiva
Dibattito
Infermiere e Medici a confronto sulle nuove sfide del rischio infettivo
Ore 19.00 Cocktail e “...Bùlagna”

Lunedì 16 Maggio 2011

- Ore 08.00 Registrazione Partecipanti
Ore 09.00 **Sessione Tematica**
I principi del governo clinico di Malattie Infettive nel moderno ospedale
• Gli attori del governo clinico: quale contributo per la qualità dell'assistenza?
• Gli strumenti del Governo Clinico
• Le variabili organizzative e le strategie di attuazione del governo clinico nelle Aziende Sanitarie
• L'EBN e il governo clinico nel management delle malattie infettive
Discussione
Ore 11.00 **Sessione Tematica La competenza relazionale degli infermieri nelle Malattie Infettive**
• La malattia infettiva tra antropologia, infermieristica ed etica
• La competenza relazionale dell'infermiere di Malattie Infettive
• La compliance con il paziente affetto da Malattia Infettiva
Discussione
Ore 13.00 **Sessione Poster**
Colazione di lavoro
Ore 14.00 **Sessione Tematica**
Il ruolo dell'infermiere nel controllo delle resistenze. Dai comportamenti alla gestione della terapia
• Affrontare una sfida: formare infermieri in grado di contribuire al controllo delle resistenze
• Trasferire le conoscenze nei comportamenti quotidiani: gli effetti delle strategie multi metodo nel controllo delle resistenze
• Riflettere sulla rilevanza dell'organizzazione: il ruolo dei modelli organizzativi nel controllo e facilitazione delle resistenze
• La variabilità delle pratiche infermieristiche nella somministrazione della terapia antibiotica per via infusoriale: studio osservazionale
• Effetti di una strategia di riduzione delle emocolture contaminate: studio pre/post
Discussione
Ore 17.00 **Comunicazioni**
Ore 18.00 **Assemblea Soci AIMI**

Martedì 17 Maggio 2011

- Ore 09.00 Sessione Tematica Aggiornamenti in Infettivologia
- Moderni sistemi di sorveglianza e prevenzione
 - Emergenze cliniche ed epidemiologiche in Malattie Infettive
 - Il Consultant medico ed il Consultant infermieristico
 - Novità sui dispositivi
 - Nuove frontiere del trapianto d'organo

Discussione

Ore 13.00 **Sessione Poster**

Colazione di lavoro

Ore 14.00 **Sessione Tematica**

La formazione degli infermieri per competenze di qualità

- I profili di competenza dell'infermiere in Italia e in Europa
- I profili di competenza dell'infermiere di Malattie Infettive: verso un Master

Discussione

Tavola Rotonda

Esperienze formative italiane a confronto: Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Toscana, Veneto

Ore 16.15 Premi "R. Fadda" AIMI 2011

Ore 16.45 **Working-Net**

Le Associazioni infermieristiche e le nuove sfide

Ore 18.00 Conclusioni e chiusura del Congresso

Sede del Congresso - Il Congresso avrà luogo dal 15 al 17 Maggio 2011 presso il Palazzo della Cultura e dei Congressi di Bologna, Piazza della Costituzione 4.

Cerimonia Inaugurale - La Cerimonia Inaugurale del Congresso si terrà presso l'Archiginnasio di Bologna, già sede dell'antica Università, Piazza Galvani 1.

Iscrizioni - Per iscriversi al Congresso è necessario compilare on-line la scheda d'iscrizione, disponibile sul sito www.aimi.it. La Segreteria Organizzativa invierà la conferma dell'avvenuta iscrizione via e-mail ad ogni Partecipante.

Quote di Iscrizione

Soci AIMI Euro 60,00

Non Soci AIMI Euro 70,00

Studenti Euro 30,00

Soci SIMIT Euro 60,00

Non Soci SIMIT Euro 70,00

Specializzandi Euro 30,00

La quota di partecipazione comprende:

- partecipazione ai lavori scientifici
- Attestato di Partecipazione
- Kit congressuale
- Volume degli Abstract
- Badge nominativo elettronico
- Colazioni di lavoro

Modalità di pagamento - Il pagamento delle iscrizioni potrà essere effettuato tramite:

- **Bonifico bancario Intestato a T.M.T. Srl** INTESA SANPAOLO Via Meda 49 - Milano - IBAN: IT68 B 03069 0956 0033083830100 inviando copia del bonifico bancario alla Segreteria Organizzativa a mezzo fax (+39.0258028245) o via mail (congress@tmtworld.it), specificando nella causale: XIII AIMI 2011 - Nome e Cognome del partecipante.
- **Carta di Credito** (AmericanExpress, CartaSi/Visa, Eurocard/Mastercard)

Segreteria e Registration Desk

La Segreteria Organizzativa sarà a disposizione dei Partecipanti in Sede congressuale durante i seguenti orari:

Domenica 15 Maggio 2011 17.00 – 20.00

Lunedì 16 Maggio 2011 08.00 – 19.00

Martedì 17 Maggio 2011 08.00 – 19.00

Call for Abstract

25 Marzo 2011 Deadline invio on-line degli Abstract

20 Aprile 2011 Abstract notification

Prenotazioni Alberghiere

In occasione del Congresso la Segreteria Organizzativa ha provveduto ad opzionare un numero adeguato di camere presso hotel non lontani dalla sede congressuale.

Per informazioni e prenotazioni: T.M.T. Srl - Tel. +390258012822 - E-mail: congress@tmtworld.it

1

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



**Corso di formazione continua ECM per Infermieri
Assistenti Sanitari - Infermieri Pediatrici**

“Laboratorio di medicina narrativa e scrittura clinica”

L'essenziale è invisibile agli occhi dice la Volpe al Piccolo Principe incoraggiandolo ad andare oltre ciò che appare, per cogliere quanto è nascosto tra le pieghe della vita. Se la stessa Volpe incontrasse sulla propria strada un infermiere, con molta probabilità formulerebbe un'espressione simile: *l'essenziale dell'assistenza è spesso invisibile agli occhi*, invitandolo a non fermarsi solo su ciò che appare nel quotidiano sanitario, ma ad andare oltre la routine e gli aspetti formali dell'assistenza per ricercare parole, storie emozioni e desideri che non sempre vengono riconosciuti dai professionisti perché considerati saperi taciti e talvolta non rilevanti.

Il laboratorio di medicina narrativa e di scrittura clinica offre a tutti gli infermieri la possibilità di fermarsi con lo scopo di prendersi un “tempo” e uno “spazio” per pensare e ri-pensarsi all'interno della propria esperienza di cura, dando voce ai ricordi, alle immagini, ai sentimenti e alle relazioni vissute.

La narrazione come strumento formativo e di cura tende a fare emergere gli aspetti più significativi dell'esperienza vissuta da ciascun professionista, mettendo luce sia sugli atteggiamenti rivolti nei confronti di se stessi, sia sulle funzioni e attività svolte nei confronti degli altri. La scrittura, infatti, stimola la riflessione sulle modalità con cui vengono vissute le relazioni con il malato, con i familiari e colleghi, comprendendo le esperienze e i significati di malattia che assumono nel vissuto dell'assistito e dell'infermiere. Scrivere per raccontare e raccontarsi, orienta lo sguardo su aspetti particolari dell'esperienza professionale promuovendo così la capacità riflessiva su di sé e sull'altro.

All'interno del laboratorio di medicina narrativa e di scrittura clinica, la narrazione mira ad “educare alla relazione” diventando strumento di sviluppo della *competenza emotiva* facendo esplorare, individualmente e in gruppo, la dimensione cognitiva e affettiva dell'assistenza infermieristica.

Durante il laboratorio non verranno insegnate modalità di scrittura o tecniche compositive, ma si cercherà di stimolare la riflessione sull'esperienza di ciascuno per interrogarla, svilupparla, condividerla e risignificarla. Non sono richieste particolari abilità di scrittura e nemmeno si pretende di “formare degli scrittori”: ciascun partecipante avrà la possibilità di sviluppare la propria capacità di *comprendere l'esperienza di malattia* della persona assistita e la *complessità* del proprio esercizio professionale, al fine di diventare un professionista in grado di *riflettere sempre più su se stesso*.

Obiettivi del corso:

- Conoscere la pratica narrativa e approfondirla nella realtà infermieristica;
- Valorizzare il rapporto persona assistita – infermiere;
- Migliorare la comunicazione interprofessionale nel proprio contesto lavorativo;
- Sviluppare una riflessione sui temi di natura etica ed esistenziale in ambito sanitario.

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
07/02/2011 Ore 14.30 – 18.30	Il laboratorio di medicina narrativa: significati e scopi Docente: Dott. Stefano Benini
14/02/2011 Ore 14.30 – 18.30	La scrittura clinica finalizzata alla riflessione personale sulla propria esperienza Docente: Dott. Stefano Benini
21/02/2011 Ore 14.30 – 18.30	Formarsi continuamente sulla base degli aspetti significativi vissuti, narrati e condivisi dal gruppo professionale Docente: Dott. Stefano Benini
28/02/2011 Ore 14.30 – 18.30	Dalla scrittura al vissuto con il malato, i colleghi, le persone di riferimento del malato ed il significato di malattia Docente: Dott. Stefano Benini
04/03/2011 Ore 14.30 – 18.00	Dalla scrittura alla riflessione su sé stessi e sull'“altro” Docente: Dott. Stefano Benini
Ore 18.00 – 18.00	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

Destinatari:

- Infermieri
- Infermieri Pediatrici
- Assistenti Sanitari

Docente:

Dott. Stefano Benini – Dottorando di Pedagogia all'Università degli Studi di Bologna

Metodi di lavoro:

- Metodologia interattiva;
- Esercitazione.
- Role playing
- Tecniche compositive
- Lavoro di gruppo

Nell'aula sono presenti le seguenti attrezzature e tecnologie per la didattica:

- lavagna luminosa;
- lavagna a fogli mobili;
- personal computer;
- videoproiettore.

Posti disponibili:

n. 20

Sede del corso:

Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/I.

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al Corso di formazione ECM: "Laboratorio di medicina narrativa e scrittura clinica" è aperta a tutti gli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti all'Albo IPASVI di Bologna ed agli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici che esercitano la professione nelle strutture sanitarie pubbliche e private di questa Provincia e comunque iscritti ai rispettivi Collegi IPASVI della Provincia di residenza.

Quota di iscrizione:

€ 60,00 compreso kit, bibliografia e ed invio a domicilio dell'attestato ECM.

Durata del corso:

ore 20

Crediti previsti:

N. 30 per i partecipanti sempre presenti

Iscrizioni:

**dal 15 Gennaio 2011
al 4 Febbraio 2011**

MODALITA' D'ISCRIZIONE

E' indispensabile effettuare la preiscrizione presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051.393840 in orario d'ufficio (lun-merc 9.00-12.00, mart-giov-ven 14.00-17.00).

Il pagamento del corso deve essere effettuato entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.

Il pagamento e l'iscrizione possono essere effettuati direttamente presso la sede del Collegio IPASVI in orario d'ufficio

Oppure

tramite bollettino di c/c postale, **previa preiscrizione telefonica** al corso (numero di c/c postale: 16484404 intestato a Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna), **indicando chiaramente nella causale il titolo del corso e il nome della persona che si iscrive.**

La ricevuta del pagamento e la scheda di iscrizione (stampabile anche dal sito: www.ipasvibo.it) debitamente compilata, **devono essere inviate entrambe al Collegio** tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**

2

COLLEGI PROVINCIALI
INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI – VIGILATRICI D'INFANZIA
REGIONE EMILIA-ROMAGNA



XXVI CONVEGNO REGIONALE

Corso di formazione (ECM)

“Il team medico – infermiere nel Dipartimento di Emergenza – Urgenza”

BOLOGNA

10 Febbraio 2011

ore 14.00 – 20.00

Centro Congressi AEmilia Hotel
Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 16 - Bologna

PATROCINI RICHIESTI:
Regione Emilia-Romagna
Presidenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia
Presidente Ordini dei Medici Regione Emilia - Romagna
Federazione Nazionale Collegi IPASVI

- OBIETTIVI:**
- Descrivere le funzioni dell'infermiere nel dipartimento di emergenza-urgenza;
 - Confermare le competenze infermieristiche nelle funzioni svolte rispettivamente nel triage, fast-track, emergenza territoriale e le connesse responsabilità;
 - Assicurare l'intervento assistenziale infermieristico in tutte le situazioni di emergenza con prestazioni di elevata qualità, compreso quella salva-vita.

PROGRAMMA

- Ore 14.00 Registrazione dei partecipanti
- Ore 14.30 Apertura Lavori
Presidente di giornata: Dott.ssa Maria Grazia Bedetti
- Ore 15.00 *“Il Dipartimento di emergenza - urgenza: quadro normativo - organizzativo -funzionale nazionale e regionale”*
Assessorato Politiche per la Salute Regione Emilia-Romagna
- Ore 15.40 *“Il pronto soccorso e 118: confronto tra modelli organizzativi nazionali”*
Dott. Marco Vigna
- Ore 16.00 Tavola rotonda
“Il Dipartimento di emergenza – urgenza: competenze e responsabilità mediche e infermieristiche nel Triage, Fast-track, Emergenza territoriale”
Moderatore: **Dott.ssa Alessandra De Palma**
Intervengono: **Inf. Federica Manferdini**
Inf. Andrea Franceschini
Inf. Cristina Fabbri
Inf. Paolo Pratesi
Dott. Carlo Serantoni
- Ore 17.15 Pausa caffè
- Ore 17.45 Discussione interattiva
- Ore 18.00 **Elaborazione a piccoli gruppi e successiva condivisione di un documento-guida sulle competenze e responsabilità infermieristiche e mediche**
- Ore 19.00 Compilazione questionario ECM e valutazione diretta con i Relatori
- Ore 19.30 Chiusura lavori e consegna dichiarazione di presenza

DOCENTI

Invitato: Assessore alle Politiche per la Salute Regione Emilia-Romagna
Dott.ssa Alessandra De Palma – Dirigente Medico: Unità Operativa Medicina Legale AUSL Modena
Sig.ra Cristina Fabbri – Infermiera: Triage AUSL Cesena
Sig. Andrea Franceschini – Infermiere: Emergenza Territoriale AUSL Bologna
Sig.ra Federica Manfredini – Infermiera: Fast Track AUSL Bologna
Sig. Paolo Pratesi – Infermiere Dirigente: Sistema 118 AUSL Firenze
Dott. Carlo Serantoni – Medico: Sistema 118 AUSL Modena

Destinatari:

- Coordinatori Infermieristici e Infermieri dei **Dipartimenti di Emergenza-Urgenza delle AUSL/Aziende Ospedaliere/IRCS della Regione Emilia-Romagna.**

Metodi di lavoro:

- Lezione frontale;
- Discussione interattiva;
- Lavoro a piccoli gruppi.

Nell'aula sono presenti le seguenti attrezzature e tecnologie per la didattica:

- lavagna luminosa;
- lavagna a fogli mobili;
- personal computer;
- videoproiettore.

Posti disponibili:

n. 150

Sede del corso:

Centro Congressi AEmilia Hotel - Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 16 - Bologna

Durata del corso:

ore 5,5

Crediti previsti:

N. 5 per i partecipanti sempre presenti

Iscrizioni:

dal 15-01-2011

al 04-02-2011

MODALITA' D'ISCRIZIONE

E' indispensabile effettuare l'iscrizione presso la segreteria del Collegio IPASVI Bologna o chiamando lo 051 39 38 40 in orario d'ufficio (lun-merc 9.00-12.00, mart-giov-ven 14.00-17.00).

La scheda di iscrizione (stampabile anche dal sito: www.ipasvibo.it) debitamente compilata, deve essere inviata al Collegio, **esclusivamente dopo aver verificato la disponibilità dei posti e aver effettuato l'iscrizione**, tramite fax al numero 051 344267 entro e non oltre 10 giorni dalla data di iscrizione.

3

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



**Seminario di formazione continua ECM per Infermieri
Assistenti Sanitari – Infermieri Pediatrici**

“Assistenza alle persone fragili”

Obiettivi generali e specifici:

- Approfondire la conoscenza della rete dei servizi dedicati alle persone fragili e le relative integrazioni sanitarie e socio-sanitarie;
- Definire le competenze infermieristiche per l'assistenza alle persone fragili, dalla formazione alla responsabilità professionale ed etico deontologica.

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
<p>7 Marzo 2011 Ore 9,00 – 13,00 14,00-16,30</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Problemi prioritari di salute e persone fragili. - Strumenti e metodi di valutazione. - Interventi assistenziali e riabilitativi; - L'educazione dei care-giver <p>Dott.ssa Tiziana Lavallo</p>
<p>Ore 16.30 – 17.00</p>	<p>Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione</p>

Docenti:

- Dott.ssa Tiziana Lavallo

Metodi di lavoro:

- lezioni frontali;
- discussione interattiva
- Lavoro di gruppo
- Compilazione questionario ECM individuale e valutazione diretta con i Docenti.

Nell'aula sono presenti le seguenti attrezzature e tecnologie per la didattica:

- lavagna luminosa;
- lavagna a fogli mobili;
- personal computer;
- videoproiettore.

Posti disponibili:

n. 50

Sede del seminario:

Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/I.

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al Seminario di formazione ECM : “**Assistenza alle persone fragili**” è aperta a tutti gli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti all’Albo IPASVI di Bologna ed agli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici che esercitano la professione nelle strutture sanitarie pubbliche e private di questa Provincia e comunque iscritti ai rispettivi Collegi IPASVI della Provincia di residenza.

Quota di iscrizione:

€ 20,00 compreso kit, bibliografia e ed invio a domicilio dell’attestato ECM.

Durata del seminario: ore 7

Crediti previsti:

N. 7 per i partecipanti sempre presenti

Iscrizioni:

dal 09 Febbraio 2011

al 04 Marzo 2011

MODALITA' D'ISCRIZIONE

E' indispensabile effettuare la preiscrizione presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051.393840 in orario d'ufficio (lun-merc 9.00-12.00, mart-giov-ven 14.00-17.00).

Il pagamento del corso deve essere effettuato entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.

Il pagamento e l'iscrizione possono essere effettuati direttamente presso la sede del Collegio IPASVI in orario d'ufficio

Oppure

tramite bollettino di c/c postale, **previa preiscrizione telefonica** al corso (numero di c/c postale: 16484404 intestato a Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna), **indicando chiaramente nella causale il titolo del corso e il nome della persona che si iscrive.**

La ricevuta del pagamento e la scheda di iscrizione (stampabile anche dal sito: www.ipasvibo.it) debitamente compilata, **devono essere inviate entrambe al Collegio** tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**

4

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



**Corso di formazione continua ECM per Infermieri
Assistenti Sanitari – Infermieri Pediatrici**

“Le emozioni e le ragioni nell’assistere”

Premessa:

Di fronte alla crescente fatica, alle frenesie e ai sovraccarichi emotivi che si presentano quotidianamente negli scenari di cura, molti infermieri vivono la propria professione con abitudine, malessere e perdita di speranza. Un bisogno che accomuna molti infermieri riguarda il recupero dei significati e dei sensi connessi al proprio esercizio professionale.

Obiettivi generali e specifici:

Il corso/laboratorio “Le emozioni e le ragioni nell’assistere” affronta il tema dell’assistenza infermieristica perseguendo i seguenti obiettivi:

- dare voce agli infermieri per far emergere le rappresentazioni, i vissuti e i significati riguardanti la propria pratica professionale;
- svelare le problematichità, ma anche le gratificazioni derivanti dalle relazioni di cura;
- attivare un processo critico e consapevole sul proprio agire e “sentire” l’assistenza infermieristica;
- orientare la propria pratica professionale in un orizzonte di possibilità e progettualità intese come percorso continuo di riflessione sul “sé” per condividere, il percorso di cura con le persone assistite.

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
8 Marzo 2011 Ore 8,00 - 13,00 14,00 - 17,00	Complessità e problematicità nell’assistenza infermieristica
14 Marzo 2011 Ore 8,00 - 13,00 14,00 - 17,00	Verso una dimensione dell’incontro
17 Marzo 2011 Ore 8,00 - 13,00 14,00 - 17,00	“Sfidare il mare del possibile”: progettarsi nella professione infermieristica
Ore 17.00 - 17.30	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

Docenti:

- Dott. Stefano Benini; Dott.ssa Rosaeugenia Pesci

Metodi di lavoro:

- lezioni frontali;
- discussione interattiva
- compilazione questionario ECM individuale e valutazione diretta con i Docenti..

Nell'aula sono presenti le seguenti attrezzature e tecnologie per la didattica:

- lavagna luminosa;
- lavagna a fogli mobili;
- personal computer;
- videoproiettore.

Posti disponibili:

- n. 30

Sede del corso:

- Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/I.

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al Corso di formazione ECM: **“Le emozioni e le ragioni nell’assistere”** è aperta a tutti gli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti all’Albo IPASVI di Bologna ed agli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici che esercitano la professione nelle strutture sanitarie pubbliche e private di questa Provincia e comunque iscritti ai rispettivi Collegi IPASVI della Provincia di residenza.

Quota di iscrizione:

€ 60,00 compreso kit, bibliografia e ed invio a domicilio dell’attestato ECM.

Durata del corso: ore 24

Crediti previsti:

N. 24 per i partecipanti sempre presenti

Iscrizioni:

dal 09 Febbraio 2011

al 07 Marzo 2011

MODALITA' D'ISCRIZIONE

E' indispensabile effettuare la preiscrizione presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051.393840 in orario d'ufficio (lun-merc 9.00-12.00, mart-giov-ven 14.00-17.00).

Il pagamento del corso deve essere effettuato entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.

Il pagamento e l'iscrizione possono essere effettuati direttamente presso la sede del Collegio IPASVI in orario d'ufficio

Oppure

tramite bollettino di c/c postale, **previa preiscrizione telefonica** al corso (numero di c/c postale: 16484404 intestato a Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna), **indicando chiaramente nella causale il titolo del corso e il nome della persona che si iscrive.**

La ricevuta del pagamento e la scheda di iscrizione (stampabile anche dal sito: www.ipasvibo.it) debitamente compilata, **devono essere inviate entrambe al Collegio** tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**

5

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



**Seminario di formazione continua ECM per Infermieri
Assistenti Sanitari – Infermieri Pediatrici**

“Assistenza all’anziano con problematiche comportamentali”

Obiettivi generali e specifici:

- Fornire strumenti e metodi per l’identificazione e la gestione della persona anziana con modificazioni del comportamento generate da demenza, Alzheimer, delirium, nei diversi contesti di cura.
- Valorizzare la valutazione multisensoriale, il lavoro in team, la continuità assistenziale tra ospedale e territorio;

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
<p>9 Marzo 2011 Ore 14,00 – 17,30</p>	<p>- L’assistenza infermieristica nella demenza senile, Alzheimer e delirium. Sig. Giovanni de Blasi, Sig. Nicola Colangelo</p>
<p>Ore 17.30 – 18.00</p>	<p>Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione</p>

Docenti:

Sig. Giovanni de Blasi, Sig. Nicola Colangelo

Metodi di lavoro:

- lezioni frontali;
- discussione interattiva
- Compilazione questionario ECM individuale e valutazione diretta con i Docenti.

Nell’aula sono presenti le seguenti attrezzature e tecnologie per la didattica:

- lavagna luminosa;
- lavagna a fogli mobili;
- personal computer;
- videoproiettore.

Posti disponibili:

n. 50

Sede del seminario:

Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/I.

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al Seminario di formazione ECM : “**Assistenza all’anziano con problematiche comportamentali**” è aperta a tutti gli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti all’Albo IPASVI di Bologna ed agli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici che esercitano la professione nelle strutture sanitarie pubbliche e private di questa Provincia e comunque iscritti ai rispettivi Collegi IPASVI della Provincia di residenza.

Quota di iscrizione:

€ 20,00 compreso kit, bibliografia e ed invio a domicilio dell’attestato ECM.

Durata del seminario: ore 4

Crediti previsti:

N. 4 per i partecipanti sempre presenti

Iscrizioni:

dal 09 Febbraio 2011

al 04 Marzo 2011

MODALITA' D'ISCRIZIONE

E' indispensabile effettuare la preiscrizione presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051.393840 in orario d'ufficio (lun-merc 9.00-12.00, mart-giov-ven 14.00-17.00).

Il pagamento del corso deve essere effettuato entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.

Il pagamento e l'iscrizione possono essere effettuati direttamente presso la sede del Collegio IPASVI in orario d'ufficio

Oppure

tramite bollettino di c/c postale, **previa preiscrizione telefonica** al corso (numero di c/c postale: 16484404 intestato a Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna), **indicando chiaramente nella causale il titolo del corso e il nome della persona che si iscrive.**

La ricevuta del pagamento e la scheda di iscrizione (stampabile anche dal sito: www.ipasvibo.it) debitamente compilata, **devono essere inviate entrambe al Collegio** tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**



6

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



**Corso di formazione continua ECM per Infermieri
Assistenti Sanitari – Infermieri Pediatrici**

“Rifiuto - diniego ai trattamenti. Direttive anticipate”

Obiettivi generali e specifici:

- Analizzare lo stato dell'arte presente nella relazione tra una persona assistita e i professionisti sanitari a partire da un excursus sulle modifiche intervenute, negli anni più recenti
- Identificare lo schema relazionale quale assunto a fondamento per favorire una consapevole decisione del paziente sulle cure propostegli, e una sua partecipazione attiva al percorso assistenziale;
- Esaminare l'informativa sui trattamenti e la successiva dichiarazione di volontà dell'assistito, passando poi a trattare le due distinte possibilità:
 1. rifiuto di trattamento da parte del paziente e
 2. diniego di prestazione da parte del professionista.
- Discutere il da farsi qualora il paziente non sia pienamente cosciente, momento verso il quale si proiettano eventuali direttive anticipate;
- Presentare una panoramica internazionale inerente alle direttive anticipate evidenziando il posizionamento dei diversi Paesi in una materia sulla quale ancora ferve il dibattito normativo nel nostro.
- Fornire conoscenze per essere in grado di riflettere e fare propri i contenuti del Codice Deontologico, in particolare gli art. 36 – 37.

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
10 Marzo 2011 Ore 15.00 – 18.00	Relazione paziente-professionisti sanitari Informazione sui trattamenti Manifestazione di volontà dell'assistito o del legale rappresentante Docente: Dott.ssa Gabriella Negrini
11 Marzo 2011 Ore 15.00 – 18.00	Rifiuto di trattamento sanitario Diniego di prestazione sanitaria Docente: Dott.ssa Gabriella Negrini
12 Marzo 2011 Ore 8.30 – 12.30	Direttive anticipate Casistica Discussione d'aula Docente: Dott.ssa Gabriella Negrini
Ore 12.30 – 13.00	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

Docenti:

Dott.ssa Gabriella Negrini, dirigente struttura complessa di direzione medica dei 4 ospedali dell'area ovest dell'AUSL di Bologna

Destinatari:

- Infermieri
- Coordinatori di Unità Operativa
- Assistenti Sanitarie

Metodi di lavoro:

- lezioni frontali;
- discussione interattiva
- compilazione questionario ECM individuale e valutazione diretta con la Docente.

Nell'aula sono presenti le seguenti attrezzature e tecnologie per la didattica:

- lavagna luminosa;
- lavagna a fogli mobili;
- personal computer;
- videoproiettore.

Posti disponibili:

- n. 50

Sede del corso:

- Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/I.

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al Corso di formazione ECM : **“Rifiuto-diniego ai trattamenti. Direttive anticipate”** è aperta a tutti gli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti all'Albo IPASVI di Bologna ed agli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici che esercitano la professione nelle strutture sanitarie pubbliche e private di questa Provincia e comunque iscritti ai rispettivi Collegi IPASVI della Provincia di residenza.

Quota di iscrizione:

€ 30,00 compreso kit, bibliografia e ed invio a domicilio dell'attestato ECM.

Durata del corso:

Ore 10

Crediti previsti:

N. 10 per i partecipanti sempre presenti

Iscrizioni:

dal 09 Febbraio 2011

al 07 Marzo 2011

MODALITA' D'ISCRIZIONE

E' indispensabile effettuare la preiscrizione presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051.393840 in orario d'ufficio (lun-merc 9.00-12.00, mart-giov-ven 14.00-17.00).

Il pagamento del corso deve essere effettuato entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.

Il pagamento e l'iscrizione possono essere effettuati direttamente presso la sede del Collegio IPASVI in orario d'ufficio

Oppure

tramite bollettino di c/c postale, **previa preiscrizione telefonica** al corso (numero di c/c postale: 16484404 intestato a Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna), **indicando chiaramente nella causale il titolo del corso e il nome della persona che si iscrive.**

La ricevuta del pagamento e la scheda di iscrizione (stampabile anche dal sito: www.ipasvibo.it) debitamente compilata, **devono essere inviate entrambe al Collegio** tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**

7

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



**Corso di formazione continua ECM per Infermieri
Assistenti Sanitari – Infermieri Pediatrici**

“Assistenza all’anziano con problematiche respiratorie”

Obiettivi generali e specifici:

- Fornire strumenti e metodi per l’identificazione e la gestione delle alterazioni della funzione respiratoria nell’anziano nei diversi contesti di cura.
- Valorizzare il lavoro in team e la continuità assistenziale tra ospedale e territorio;

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
15 Marzo 2011 Ore 14,00 – 17,30	- L’assistenza infermieristica nella dispnea dell’anziano. - La garanzia della continuità assistenziale ospedale-territorio Sig. Francesco Paganelli, Sig.ra Antonella Barattini
Ore 17.30 – 18.00	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

Docenti:

Sig. Francesco Paganelli, Sig.ra Antonella Barattini

Metodi di lavoro:

- Lezioni frontali;
- Discussione interattiva
- Compilazione questionario ECM individuale e valutazione diretta con i Docenti.

Nell’aula sono presenti le seguenti attrezzature e tecnologie per la didattica:

- lavagna luminosa;
- lavagna a fogli mobili;
- personal computer;
- videoproiettore.

Posti disponibili:

n. 50

Sede del seminario:

Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/I.

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al Seminario di formazione ECM : “**Assistenza all’anziano con problemi respiratori**” è aperta a tutti gli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti all’Albo IPASVI di Bologna ed agli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici che esercitano la professione nelle strutture sanitarie pubbliche e private di questa Provincia e comunque iscritti ai rispettivi Collegi IPASVI della Provincia di residenza.

Quota di iscrizione:

€ 20,00 compreso kit, bibliografia e ed invio a domicilio dell’attestato ECM.

Durata del seminario: ore 4

Crediti previsti:

N. 4 per i partecipanti sempre presenti

Iscrizioni:

**dal 09 Febbraio 2011
al 04 Marzo 2011**

MODALITA' D'ISCRIZIONE

E' indispensabile effettuare la preiscrizione presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051.393840 in orario d'ufficio (lun-merc 9.00-12.00, mart-giov-ven 14.00-17.00).

Il pagamento del corso deve essere effettuato entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.

Il pagamento e l'iscrizione possono essere effettuati direttamente presso la sede del Collegio IPASVI in orario d'ufficio

Oppure

tramite bollettino di c/c postale, **previa preiscrizione telefonica** al corso (numero di c/c postale: 16484404 intestato a Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna), **indicando chiaramente nella causale il titolo del corso e il nome della persona che si iscrive.**

La ricevuta del pagamento e la scheda di iscrizione (stampabile anche dal sito: www.ipasvibo.it) debitamente compilata, **devono essere inviate entrambe al Collegio** tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**

8

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



**Corso di formazione continua ECM per Infermieri
Assistenti Sanitari – Infermieri Pediatrici**

“Pianificare l’assistenza ”

Obiettivo generale:

Pianificare l’assistenza infermieristica alla persona/famiglia/care giver utilizzando il modello teorico di Carpenito (DI/PC)

Obiettivi specifici:

- Raccogliere i dati clinico-assistenziali utilizzando i modelli funzionali della salute di Gordon
- Interpretare i dati raccolti
- Formulare i relativi DI e PC
- Identificare i criteri di risultato
- Individuare gli interventi
- Identificare gli indicatori di valutazione

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
18 Marzo 2011 Ore 9.00 – 13.00	Il modello teorico di Carpenito: diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi Docente: Dott.ssa Cristina Loss, Dott.ssa Zazzaroni Susi
24 Marzo 2011 Ore 9.00 – 13.00	Il modello teorico di Carpenito: diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi Docente: Dott.ssa Cristina Loss, Dott.ssa Zazzaroni Susi
1 Aprile 2011 Ore 9.00 – 13.00	I modelli funzionali della salute di Gordon Risoluzione caso Clinico assistenziale Docente: Dott.ssa Cristina Loss, Dott.ssa Zazzaroni Susi
Ore 13.00 – 13.10	Consegna attestato di partecipazione



Docenti:

- Dott.ssa Cristina Loss, Dott.ssa Zazzaroni Susi

Metodi di valutazione ECM:

- Risoluzione caso clinico assistenziale

Metodi di lavoro:

- Metodo dei casi
- Metodo PBL
- Lavoro a piccoli gruppi
- Discussione interattiva

Bibliografia:

- Carpenito *"Diagnosi infermieristiche"* CEA ed. Quinta edizione
- Articolo *"I modelli funzionali della salute"* di Gordon rivista Nursing Oggi numero 4 1999 Lauri ed.

Nell'aula sono presenti le seguenti attrezzature e tecnologie per la didattica:

- lavagna luminosa;
- lavagna a fogli mobili;
- personal computer;
- videoproiettore.

Posti disponibili:

n. 30

Sede del corso:

Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/I.

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al Corso di formazione ECM : **"Pianificare l'assistenza"** tutti gli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti all'Albo IPASVI di Bologna ed agli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici che esercitano la professione nelle strutture sanitarie pubbliche e private di questa Provincia e comunque iscritti ai rispettivi Collegi IPASVI della Provincia di residenza.

Quota di iscrizione:

€ 60,00 compreso kit, bibliografia e ed invio a domicilio dell'attestato ECM.

Durata del corso:

Ore 12

Crediti previsti:

N. 12 per i partecipanti sempre presenti

Iscrizioni:

**dal 09 Febbraio 2011
al 07 Marzo 2011**

MODALITA' D'ISCRIZIONE

E' indispensabile effettuare la preiscrizione presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051.393840 in orario d'ufficio (lun-merc 9.00-12.00, mart-giov-ven 14.00-17.00).

Il pagamento del corso deve essere effettuato entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.

Il pagamento e l'iscrizione possono essere effettuati direttamente presso la sede del Collegio IPASVI in orario d'ufficio

Oppure

tramite bollettino di c/c postale, **previa preiscrizione telefonica** al corso (numero di c/c postale: 16484404 intestato a Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna), **indicando chiaramente nella causale il titolo del corso e il nome della persona che si iscrive.**

La ricevuta del pagamento e la scheda di iscrizione (stampabile anche dal sito: www.ipasvibo.it) debitamente compilata, **devono essere inviate entrambe al Collegio** tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**

9

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



**Corso di formazione continua ECM per Infermieri
Assistenti Sanitari – Infermieri Pediatrici**

“La valutazione degli esiti delle cure infermieristiche”

Obiettivi generali e specifici:

- Far costruire modalità e strumenti per valutare gli esiti delle cure infermieristiche a partire dall'analisi di cartelle infermieristiche e altri strumenti di documentazione infermieristica (EBN).

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
<p>25 Marzo 2011 Ore 9,00 – 13,00 14,00-16,30</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gli outcomes assistenziali in letteratura - Analisi della documentazione infermieristica e traccati dell'assistenza nella documentazione - Dalla valutazione del rischio o problema all'outcome - Nuovo ruolo della pianificazione - Panel di outcomes derivanti dalla documentazione <p>Dott.ssa Tiziana Lavalle</p>
<p>Ore 16.30 – 17.00</p>	<p>Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione</p>

Docenti:

- Dott.ssa Tiziana Lavalle

Metodi di lavoro:

- Lezioni frontali;
- Discussione interattiva
- Lavoro di gruppo
- Compilazione questionario ECM individuale e valutazione diretta con i Docenti.

Nell'aula sono presenti le seguenti attrezzature e tecnologie per la didattica:

- lavagna luminosa;
- lavagna a fogli mobili;
- personal computer;
- videoproiettore.

Posti disponibili:

n. 50

Sede del seminario:

Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/I.

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al Seminario di formazione ECM : **“La valutazione degli esiti delle cure infermieristiche”** è aperta a tutti gli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti all’Albo IPASVI di Bologna ed agli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici che esercitano la professione nelle strutture sanitarie pubbliche e private di questa Provincia e comunque iscritti ai rispettivi Collegi IPASVI della Provincia di residenza.

Quota di iscrizione:

€ 20,00 compreso kit, bibliografia e ed invio a domicilio dell’attestato ECM.

Durata del seminario: ore 7

Crediti previsti:

N. 7 per i partecipanti sempre presenti

Iscrizioni:

**dal 09 Febbraio 2011
al 04 Marzo 2011**

MODALITA' D'ISCRIZIONE

E' indispensabile effettuare la preiscrizione presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051.393840 in orario d'ufficio (lun-merc 9.00-12.00, mart-giov-ven 14.00-17.00).

Il pagamento del corso deve essere effettuato entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.

Il pagamento e l'iscrizione possono essere effettuati direttamente presso la sede del Collegio IPASVI in orario d'ufficio

Oppure

tramite bollettino di c/c postale, **previa preiscrizione telefonica** al corso (numero di c/c postale: 16484404 intestato a Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna), **indicando chiaramente nella causale il titolo del corso e il nome della persona che si iscrive.**

La ricevuta del pagamento e la scheda di iscrizione (stampabile anche dal sito: www.ipasvibo.it) debitamente compilata, **devono essere inviate entrambe al Collegio** tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**



10

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



**Corso di formazione continua ECM per Infermieri
Assistenti Sanitari – Infermieri Pediatrici**

***“Il concetto di complessità nell’assistenza alla persona.
Riflessioni, analisi e simulazione di impatto
nel sistema organizzativo assistenziale”***

Obiettivo generale:

Un buon governo dei processi clinico assistenziali, impostato sui criteri dell’appropriatezza, dell’efficacia e dell’efficienza, sottende l’utilizzo di metodi validati e riproducibili e la costruzione di strumenti capaci di sostenere valutazioni, misurazioni e verifiche rigorose di processi, percorsi e prestazioni sia a valenza organizzativo gestionale che a valenza curativo assistenziale. Il sistema salute è un sistema comunemente definito ad alta complessità sia per la molteplicità delle relazioni, delle attività, delle decisioni sia per le numerose variabili che devono essere costantemente ricondotte all’obiettivo fondante delle aziende sanitarie i guadagni di salute.

La complessità permea i luoghi della cura e dell’assistenza; incide sui processi assistenziali e sulla definizione delle modalità attraverso le quali costruire ed erogare le prestazioni necessarie a dare corpo alla pianificazione assistenziale.

Leggere ed analizzare la complessità può essere rilevante per ridefinire e riprogettare percorsi e processi e per ipotizzare nuovi modelli organizzativo assistenziali che declinino appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e motivazione professionale.

Obiettivi specifici:

- Correlare il concetto di “complessità” nel processo di assistenza infermieristica;
- Presentare un modello professionale di analisi che definisce gli elementi per stimare il livello di complessità di ogni assistito, riorganizzare i processi organizzativo assistenziali e determinare il fabbisogno di infermieri e OSS;
- Fornire indicazioni, metodi e strumenti per utilizzare il modello di analisi della complessità assistenziale;
- Analizzare l’impatto dell’applicazione del modello della complessità assistenziale sui modelli organizzativo assistenziali attualmente in uso.
- Fornire competenze, ai partecipanti, per attuare quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 in tema di erogazione delle cure mediche e infermieristiche connesse alla complessità di salute/malattia delle persone assistite.

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
<p>26 Marzo 2011</p> <p>Ore 9.00 – 13.00 14.00 – 18.00</p>	<p>La complessità nell’assistenza e nell’organizzazione;</p> <p>Il modello di analisi della complessità assistenziale e le sue ricadute per l’assistenza diretta, la declinazione delle competenze, l’organizzazione dei processi di lavoro, la definizione del fabbisogno di infermieri e OSS;</p> <p>Docente: Dott.ssa Rita Maricchio</p>
<p>28 Marzo 2011</p> <p>Ore 9.00 – 13.00 14.00 – 17.30</p>	<p>Il Modello di analisi della complessità assistenziale e gli strumenti per la stima del livello di complessità della persona assistita e per la determinazione del fabbisogno di infermieri e OSS.</p> <p>Docente: Dott.ssa Rita Maricchio</p>
<p>Ore 17.30 – 18.00</p>	<p>Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione</p>

Destinatari:

- Infermieri
- Infermieri Coordinatori

Docenti:

Dott.ssa Rita Maricchio: Responsabile infermieristico RSA – ASS n°5 “Bassa Friulana”, Dottore magistrale in Scienze infermieristiche e Dottorando di ricerca Università degli Studi di Genova

Metodi di lavoro:

- lezioni frontali;
- discussione interattiva
- compilazione questionario ECM individuale e valutazione diretta con la Docente.

Nell’aula sono presenti le seguenti attrezzature e tecnologie per la didattica:

- lavagna luminosa;
- lavagna a fogli mobili;
- personal computer;
- videoproiettore.

Posti disponibili:

- n. 40

Sede del corso:

- Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/I.

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al Corso di formazione ECM: **“Il concetto di complessità nell’assistenza alla persona. Riflessioni, analisi e simulazione di impatto nel sistema organizzativo assistenziale”** tutti gli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti all’Albo IPASVI di Bologna ed agli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici che esercitano la professione nelle strutture sanitarie pubbliche e private di questa Provincia e comunque iscritti ai rispettivi Collegi IPASVI della Provincia di residenza.

Quota di iscrizione:

€ 60,00 compreso kit, bibliografia e ed invio a domicilio dell’attestato ECM.

Durata del corso:

Ore 16

Crediti previsti:

N. 16 per i partecipanti sempre presenti

Iscrizioni:

**dal 09 Febbraio 2011
al 18 Marzo 2011**

MODALITA' D'ISCRIZIONE

E' indispensabile effettuare la preiscrizione presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051 39 38 40 in orario d’ufficio (lun-merc 9.00-12.00, mart-giov-ven 14.00-17.00).

Il pagamento del corso deve essere effettuato entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.

Il pagamento e l’iscrizione possono essere effettuati direttamente presso la sede del Collegio IPASVI in orario d’ufficio

Oppure

tramite bollettino di c/c postale, **previa preiscrizione telefonica** al corso (numero di c/c postale: 16484404 intestato a Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna), **indicando chiaramente nella causale il titolo del corso e il nome della persona che si iscrive.**

La ricevuta del pagamento e la scheda di iscrizione (stampabile anche dal sito: www.ipasvibo.it) debitamente compilata, **devono essere inviate entrambe al Collegio** tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**

Al via il nuovo corso Fad per infermieri e medici!



Dicembre 2010: parte il nuovo programma di formazione a distanza sostenuto dall'IPASVI e dalla FNOM-CeO grazie ai fondi messi a disposizione dal Ministero della Salute.

Nella prospettiva di offrire ai propri iscritti sempre più occasioni di formazione a distanza, le due Federazioni nazionali hanno infatti deciso di sviluppare una piattaforma comune (**FadInMed**).

Il primo corso, dedicato a tutti gli infermieri, assistenti sanitari e infermieri pediatrici italiani (oltre a medici e odontoiatri) riguarda la gestione del rischio clinico e in particolare la **Root Cause Analysis** (RCA), l'analisi cioè delle cause profonde degli eventi avversi, che può aiutare le organizzazioni e gli operatori sanitari a raggiungere obiettivi di sicurezza e di miglioramento della qualità.

Il corso, che eroga **12 crediti ECM**, è del tutto gratuito ed è strutturato in fasi.

Prima di iniziare il corso l'operatore sanitario può valutare le proprie conoscenze con una serie di domande a risposta multipla.

A questa prima fase segue la lettura del materiale informativo, in questo caso il **Manuale sulla Root Cause Analysis** prodotto dagli esperti del Ministero della Salute, disponibile in formato pdf nel sito.

Dopo eventuali ulteriori approfondimenti (attraverso link ragionati) si può affrontare il cuore della formazione, centrata su scenari clinico-assistenziali. Ogni scenario è dedicato a un argomento specifico e prevede anzitutto un'esercitazione applicativa e la possibilità di confrontare le proprie idee con i colleghi attraverso forum di discussione, moderati da esperti.

Terminata questa fase si accede a un questionario ECM (uno per ciascuno dei quattro scenari) con 10 doman-

de a risposta multipla, pescate in maniera randomizzata da un pool di 15. Per superare il singolo questionario ECM occorre rispondere correttamente all'80% delle domande.

Una volta superati tutti e 4 gli scenari così proposti, si accede all'ultima fase che prevede di affrontare un caso clinico-assistenziale a step con domande di tipo decisionale. Anche qui per superare il test bisogna rispondere correttamente ad almeno l'80% delle domande.

Il superamento dei 4 questionari ECM e delle domande del caso ECM consentirà l'acquisizione dei 12 crediti ECM previsti.

Si stima che tutta l'attività comporterà per l'operatore sanitario un impegno di circa 8 ore.

Come accedere alla piattaforma

Accedere a FadInMed è semplice. **Solo la prima volta bisogna passare dal sito della Federazione** (<http://www.ipasvi.it/>), qui si verrà riconosciuti e da qui si arriverà direttamente alla scheda di registrazione sulla piattaforma tecnologica.

Terminata la compilazione della scheda, si riceveranno direttamente alla propria e-mail le password per entrare nel programma.

Da questo momento in poi si potrà accedere direttamente alla piattaforma, all'indirizzo <http://www.fadin-med.it/>

L'accesso al corso è semplice e una volta entrati (dopo aver inserito le proprie password) basta cliccare su vai ai corsi o direttamente su **RCA-Root Cause Analysis** per svolgere le proprie attività formative.

Si ricorda che è fondamentale seguire l'iter propedeutico consigliato per affrontare le varie attività proposte nel percorso FAD.

**SCHEDA DI ISCRIZIONE AI CORSI DI FORMAZIONE CONTINUA ECM
TENUTI DAL COLLEGIO IPASVI DI BOLOGNA NEL II SEMESTRE 2010**

Al Collegio IPASVI della Provincia di Bologna- Via Zaccherini Alvisi 15/B - 40138 Bologna

(COMPILARE IN STAMPATELLO)

Il/la sottoscritt... ..

nat... a il

residente in via a

iscritt... all'Albo del Collegio IPASVI di Bologna dal al N°

o altro Collegio IPASVI della Provincia di dal al N°

in servizio presso (denominazione della struttura sanitaria / sociale o libera professione)

.....

tel. Lavoro..... tel.casa cell.

e-mail

ATTENZIONE: la scheda di iscrizione, alla quale va allegato il bollettino postale di pagamento, va inviata al Collegio ESCLUSIVAMENTE DOPO aver verificato la data di apertura delle preiscrizioni/iscrizioni ed effettuato la PREISCRIZIONE TELEFONICA necessaria ad accertare la disponibilità di posti nel corso prescelto.

Chiede di essere ammess..... al seguente corso di formazione continua:

Elenco Corsi e seminari I trimestre 2011 (barrare i corsi che interessano)

CORSI E SEMINARI

- 1) "LABORATORIO DI MEDICINA NARRATIVA E SCRITTURA CLINICA" – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 15/01/2011**
- 2) XXVI CONVEGNO REGIONALE – "IL TEAM MEDICO – INFERMIERE NEL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA – URGENZA" – RISERVATO esclusivamente ai **Coordinatori Infermieristici e agli Infermieri dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza delle AUSL/Aziende Ospedaliere/IRCS della Regione Emilia-Romagna – Iscrizioni dal 15/01/2011**
- 3) "ASSISTENZA ALLE PERSONE FRAGILI" – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 09/02/2011**
- 4) "LE EMOZIONI E LE RAGIONI NELL'ASSISTERE" – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 09/02/2011**
- 5) "ASSISTENZA ALL'ANZIANO CON PROBLEMATICHE COMPORTAMENTALI" – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 09/02/2011**
- 6) "RIFIUTO - DINIEGO AI TRATTAMENTI. DIRETTIVE ANTICIPATE" – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 09/02/2011**

segue sul retro



- 7) "ASSISTENZA ALL'ANZIANO CON PROBLEMATICHE RESPIRATORIE" – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 09/02/2011**
- 8) "PIANIFICARE L'ASSISTENZA" – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 09/02/2011**
- 9) "LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI DELLE CURE INFERMIERISTICHE" – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 09/02/2011**
- 10) "IL CONCETTO DI COMPLESSITÀ NELL'ASSISTENZA ALLA PERSONA. RIFLESSIONI, ANALISI E SIMULAZIONE DI IMPATTO NEL SISTEMA ORGANIZZATIVO ASSISTENZIALE" – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 09/02/2011**

La quota di iscrizione per i suddetti corsi è comprensiva dell'invio a domicilio dell'attestato di partecipazione

Corsi 1 - 4 - 8 - 10 = € 60,00

Corso 2 = Gratuito

Seminari 3 - 5 - 7 - 9 = € 20,00

Corso 6 = € 30,00

IL PAGAMENTO E L' ISCRIZIONE POSSONO ESSERE EFFETTUATI DIRETTAMENTE PRESSO LA SEDE DEL COLLEGIO IPASVI IN ORARIO D'UFFICIO

OPPURE

E' POSSIBILE EFFETTUARE IL PAGAMENTO TRAMITE BOLLETTINO DI C/C POSTALE

PREVIA VERIFICA TELEFONICA AL COLLEGIO DELLA DISPONIBILITA' DI POSTI E PREISCRIZIONE AL CORSO PRESCELTO (LA PREISCRIZIONE E' POSSIBILE E CONSIGLIATA ANCHE NEL CASO SI SCELGA LA PRIMA MODALITA' DI PAGAMENTO DESCRITTA)

(NUMERO DI C/C : **16484404** INTESSTATO A: COLLEGIO IPASVI VIA G.ZACCHERINI ALVISI 15/B - 40138 BOLOGNA) INDICANDO NELLA CAUSALE **IL/I NOME/I DEL/I CORSO/I**.

LA RICEVUTA DEL PAGAMENTO, **UNITAMENTE** ALLA SCHEDA DI ISCRIZIONE COMPILATA, **DEVONO ESSERE INVIATE** AL NUMERO DI FAX 051 34 42 67

Il pagamento dei corsi **deve essere ESEGUITO TASSATIVAMENTE entro 10 giorni** dalla data di preiscrizione.

Data

Firma

.....

.....



**Azienda USL di Bologna
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna
Casa di Cura MADRE FORTUNATA TONIOLO
Corso di formazione continua ECM
per Infermieri e Coordinatori Infermieristici**

Sede: AULA MAGNA – Casa di Cura “Madre Fortunata Toniolo” - Via Toscana,
34 - 40141 Bologna
Data: 15 Settembre 2010

1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
	3%	6%	40%	51%

2. Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
	0,80%	6%	42,20%	51%

3. Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca)
0,80%	0,80%	3,40%	45%	50%

Suggerimenti, commenti e proposte

Molte grazie. Chiedo corso su BLS. Corso molto interessante. Dedicare più tempo (2). Riprendere le problematiche alla luce dei singoli servizi. Gradevole lo svolgimento attivo del Corso. Utile il confronto tra professionisti. Fatene ancora. Proseguire su proposte integrate e di confronto fra le varie strutture (2). Fare simulazioni su casi importanti. Fatene altri, parteciperanno tutti. Complimenti. Continuare a fare formazione insieme. Ringrazio chi ha avuto il coraggio e l'attenzione per una giornata di formazione così bella e integrata con altri colleghi.

**Azienda USL di Bologna
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna
Casa di Cura MADRE FORTUNATA TONIOLO
Corso di formazione continua ECM
per Infermieri e Coordinatori Infermieristici**

Sede: AULA MAGNA – Casa di Cura “Madre Fortunata Toniolo” - Via Toscana,
34 - 40141 Bologna
Data: 21 Settembre 2010

1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
		4%	53%	43%

2. Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
		2%	54%	44%

3. Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca)
		5%	52%	43%

Suggerimenti, commenti e proposte

Prevedere corsi di infermieristica clinica applicata. Organizzare corsi su questi argomenti con i medici (2). Approfondire ulteriormente gli argomenti con altro corso.

**Azienda USL di Bologna
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna
E.C.M. - EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA**

Scheda di valutazione dell'evento formativo da parte dei partecipanti

Corso di formazione continua

**“L'Associazione Infermieristica,
una risposta libero - professionale alle richieste
di assistenza dei cittadini”**

Data: 24 Settembre 2010
Sede: Aula Collegio IPASVI – Via G. Zaccherini Alvisi 15/I - Bologna

1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
		3%	57%	40%

2. Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
			57%	43%

3. Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca)
		11%	52%	37%

Suggerimenti, commenti e proposte

Si richiede un corso sulla situazione della libera professione in Emilia-Romagna. Grazie per la bella giornata. Fare altri corsi su modalità diverse dallo studio professionale sull'esercizio della libera professione. Complimenti per la chiarezza dell'esposizione.

**Azienda USL di Bologna
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna
E.C.M. - EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA**

Scheda di valutazione dell'evento formativo da parte dei partecipanti

Corso di formazione continua

**“Per la valorizzazione dell'esercizio professionale:
il Codice Deontologico dell'Infermiere”
edizione 16 novembre 2010**

Data: 16 novembre 2010
Sede: Aula Collegio IPASVI Provincia di Bologna – Via G. Zaccherini Alvisi, 15/I.

1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
		6%	36%	58%

2. Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
	2%		55%	43%

3. Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca)
		6%	46%	48%

Suggerimenti, commenti e proposte

Questi incontri sono sempre un grande momento di riflessione sul nostro agire quotidiano. Ripetere questi tipo di incontri. Ne abbiamo bisogno.

**Azienda USL di Bologna
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna**

E.C.M. - EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

Scheda di valutazione dell'evento formativo da parte dei partecipanti
Corso di formazione continua

**“La responsabilità degli operatori sanitari nell'utilizzo
dei Dispositivi di Protezione Individuale”
22 novembre 2010**

Data: 22 novembre 2010

Sede: Aula Collegio IPASVI Provincia di Bologna - Via G. Zaccherini Alvisi, 15/I.

1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
			34%	66%

2. Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
			34%	66%

3. Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca)
			32%	68%

Suggerimenti, commenti e proposte

Estremamente chiara, esaustiva ed efficace l'esposizione del docente rispetto ai contenuti ed al contesto lavorativo. Complimenti. Complimenti ai due docenti. Chiedo un corso su malattie infettive e tropicali. La dimostrazione pratica è stata molto interessante. Grazie.

**Azienda USL di Bologna
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna**

E.C.M. - EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

Scheda di valutazione dell'evento formativo da parte dei partecipanti
Corso di formazione continua

**“Rifiuto - diniego ai trattamenti. Direttive anticipate”
edizione settembre 2010**

Data: dal 28 ottobre 2010 al 30 ottobre 2010 – I Edizione

dal 2 dicembre 2010 al 4 dicembre 2010 – II Edizione

Sede: Aula Collegio IPASVI Provincia di Bologna – Via G. Zaccherini Alvisi, 15/I.

1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
		8%	18%	74%

2. Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
		8%	19%	73%

3. Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca)	
		1%	9%	33%	57%

Suggerimenti, commenti e proposte

Argomenti assolutamente di riflessione per professionisti infermieri, affrontati con un approfondimento culturale estremamente valido dalla docente (10). Divulgare e ripetere il corso per altri infermieri (2). Eccellente per la profondità degli argomenti trattati e la completezza, la qualità della docente e la sua capacità di coinvolgere i discenti (11). Più tempo per trattare argomenti così impegnativi. Discuterne ancora (5). Fare corso sulle cure palliative. Grazie. Altissimo livello e conoscenze acquisite molto valide. Grande chiarezza della docente nonostante la complessità dell'argomento trattato (2). Esposizione grafica eccellente.

**Azienda USL di Bologna
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna**

Corso di formazione continua ECM per Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici, Vigilatrici d'Infanzia

**“Le competenze e le responsabilità infermieristiche
nella trasfusione di sangue ed emocomponenti”
II edizione 2010**

Sede: Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna – Via G. Zaccherini Alvisi, 15/I

Data: dal 06 ottobre 2010 al 10 novembre 2010

1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
		14%	34%	52%

2. Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
		14%	50%	36%

3. Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca)
		21%	36%	43%

Suggerimenti, commenti e proposte

Troppo poco tempo per le domande finali. Troppi contenuti riguardanti gli aspetti pre-trasfusionali. Dare maggior spazio alle competenze infermieristiche e alle relative problematiche.

**Azienda USL di Bologna
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna**

E.C.M. - EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

Scheda di valutazione dell'evento formativo da parte dei partecipanti

**“Linee guida sull'utilizzo degli antibiotici”
25 novembre 2010**

Data: 25 novembre 2010

Sede: Aula Collegio IPASVI Provincia di Bologna – Via G. Zaccherini Alvisi, 15/I.

1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
		2%	10%	88%

2. Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
		2%	10%	88%

3. Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca)
		2%	16%	82%

Suggerimenti, commenti e proposte

Corso veramente efficace (2). Tutti i tre docenti molto preparati e con capacità espositiva molto avvincente (2). Grazie! (2) Bisognerebbe fare un contraddittorio tra infermieri e medici. Complimenti per il corso (3). Corso eccellente. Ringrazio tutti i docenti per la bellissima giornata.

CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO

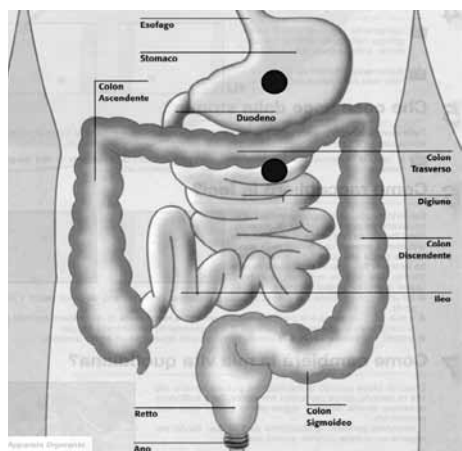
• *L'assistenza alla persona portatrice di stomia*

Maria Dolores D'Elia

*Coordinatore Rete Ambulatori
di Stomaterapia Dipartimento
Chirurgico dell'Azienda USL di
Bologna*

Stomia, o stoma, è una parola che origina dal greco e significa "bocca"; è una apertura, che mette in comunicazione una porzione del tubo digerente o dell'apparato urinario con l'esterno. Nella maggior parte dei casi si allestisce una stomia per evacuare le deiezioni, come saliva, feci o urine, che non possono più passare attraverso gli orifizi naturali, ma, a volte, oggi sempre più frequentemente, la stomia può servire per portare all'interno dell'organismo i nutrienti, come nel caso di:

- **gastrostomia**
- **digiunostomia**



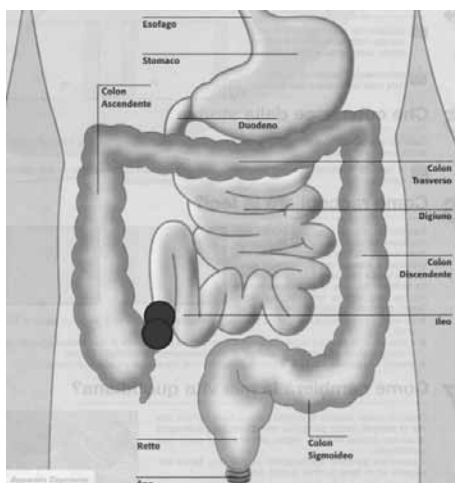
Stomie intestinali

A seconda della porzione di intestino sul quale vengono allestite, le stomie intestinali cambiano il nome con il quale vengono identificate.

Per quanto riguarda le stomie evacuative, la prima stomia che potremmo trovare procedendo dalla bocca verso il retto, è l'esofagostomia. Viene solitamente allestita per deviare all'esterno la saliva in caso di stenosi dell'esofago, che può essere causata da una neoplasia o dall'ingestione di caustici. Una semplice sacca può essere sufficiente per apparecchiare questo tipo di stoma.



Procedendo verso il basso potrà essere allestita una Ileostomia, che può essere terminale o, oggi sempre più di frequente, a doppia canna; in questo caso vengono abboccate all'esterno sia l'ansa afferente che quella efferente.



La ileostomia, oggi la stomia temporanea (che viene allestita per un breve periodo di tempo poi richiusa) adottata più frequentemente, viene confezionata utilizzando l'ultima porzione di Ileo, ed è indicata in caso di:

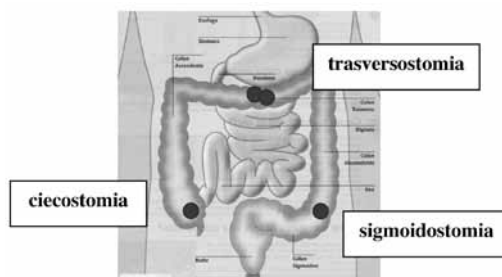
- morbo di Chron
- colite ulcerosa
- poliposi famigliare
- neoplasie maligne
- occlusione intestinale
- traumi

o come protezione, poiché impedisce il passaggio delle feci deviandole all'esterno, per anastomosi allestite più a valle, sul colon.

Le deiezioni che fuoriescono da una Ileostomia sono sempre molto liquide, abbondanti ed estremamente irritanti, perché contengono tutti gli enzimi di-

gestivi che non sono stati trasformati, cambiando loro il Ph, ad opera della flora batterica, che si trova nel colon. Occorrerà quindi grande attenzione nella gestione di questo tipo di stoma. I presidi dovranno avere un adesivo a protezione totale per la cute e dovranno essere a fondo aperto, per dare la possibilità alla persona portatrice di stomia, di svuotarne il contenuto senza dovere, ogni volta, cambiare la sacca.

Vari sono i tipi di stomia che possono essere allestiti sul colon, indicati genericamente con il nome di colostomie.



Sul cieco avremo la **ciecostomia**, con caratteristiche molto simili alla ileostomia: feci irritanti, abbondanti e liquide. Oggi viene allestita raramente, preferendo deviare all'esterno l'ileo piuttosto del cieco. Era usata per decomprimere il colon in caso di occlusione intestinale o a protezione dell'anastomosi a valle. La gestione di questo stoma è sovrapponibile a quella della ileostomia.

Sul Traverso avremo la **trasversostomia**. Anche questo tipo di stomia, si solito a doppia canna, è usato sempre meno frequentemente, in caso di occlusione intestinale o come stomia decompressiva nei malati terminali. La sua gestione risulta sempre piuttosto complessa: lo stoma ha spesso un diametro molto grande e viene allestito quasi sempre sulla piega del punto vita; la consistenza delle feci è poltacea.



Sul Sigma avremo la **sigmoidostomia**, la stomia più frequente per quanto riguarda le stomie definitive. E' normalmente confezionata in caso di tumore del retto, dopo asportazione dell'organo per via addominoperineale (intervento di Miles), ma anche quando il retto non viene asportato ma affondato nello scavo pelvico (intervento di Hartmann).

La gestione della sigmoidostomia è la più semplice, poiché le feci sono pressoché normali e fuoriescono formate e poco irritanti, avendo subito, nel colon, l'assorbimento dell'acqua e la trasformazione del Ph.

La persona portatrice di sigmoidostomia può essere riabilitata utilizzando la pratica dell'irrigazione, che descriveremo in seguito, che può far raggiungere una completa continenza, anche se passiva.



Le indicazioni all'allestimento di una colostomia sono:

- tumori (benigni o maligni)
- malformazioni congenite (malattia di Hirshsprung, atresia anale)
- malattie infiammatorie (diverticolite)
- occlusioni intestinali
- traumi

Stomie urinarie

L'urostomia, o derivazione urinaria, è l'esclusione del reservoir vescicole, che viene asportato, con deviazione del flusso urinario verso la cute. L'intervento di deviazione dell'urina verso il lume intestinale è stato praticamente abbandonato, a causa delle continue pielonefriti ascendenti derivanti dall'inquinamento dell'apparato urinario da parte della flora batterica intestinale.

Le derivazioni urinarie vengono allestite in caso di:

- neoplasie della vescica
- malformazioni congenite (spina bifida)
- traumi
- incontinenza (neurogena, cronica)
- fistole

Rimossa la vescica, gli ureteri posso-

no essere abboccati direttamente alla cute. In questo caso si parlerà di **Ureterocutaneostomia (UCS)**. E' il metodo chirurgicamente più semplice ed è indicato nei casi di urgenza e palliativi.

La ureterocutaneostomia può essere bilaterale, se entrambi gli ureteri sono abboccati alla cute, o monolaterale, se un uretere viene anastomizzato all'altro, a Y.



La **Ureteroileocutaneostomia (UICS)** è la metodica più usata. Si isola un'ansa di ileo con il meso vascolarizzato, (solitamente il tratto che precede la valvola ileocecale) e si anastomizzano i due monconi intestinali per ripristinare la continuità del tragitto intestinale.

Gli ureteri vengono poi anastomizzati al tratto ileale isolato, un'estremità del quale viene suturata, mentre l'altra viene abboccata alla parete addominale.

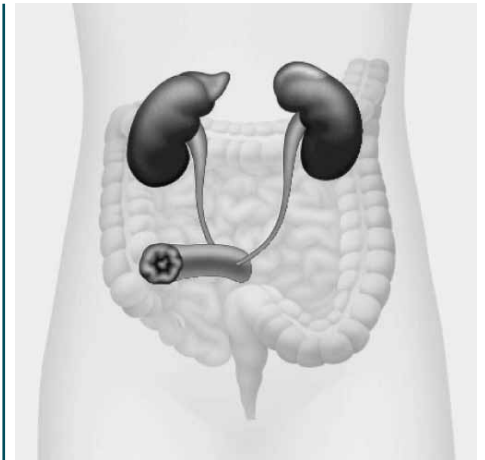
Il viscere isolato va abboccato all'addome in posizione isoperistaltica.

Si forma cioè un condotto ileale il cui scopo non è di serbatoio, ma semplicemente di veicolare l'urina all'esterno. In questo modo si evitano le complicanze dell'ureterocutaneostomia: retrazioni, infezioni, nonché l'utilizzo di tubicini tutori che il paziente deve portare a permanenza, e che devono essere periodicamente sostituiti, per evitare la stenosi degli ureteri.

In caso di:

- drenaggio di ostruzioni acute dell'uretere o delle pelvi renali (idronefrosi)
- stenosi infiammatorie e iatrogene dell'uretere
- protezione di interventi complicati dell'uretere
- tumori retro peritoneali con compressione uretrale

può dover essere allestita una **nefro-stomia**, intervento d'urgenza e temporaneo. L'urina viene deviata all'esterno



attraverso una sonda introdotta nella pelvi renale, direttamente o per via percutanea. La sonda raggiunge direttamente la pelvi renale, specie se dilatata, o passare attraverso un calice renale, in particolare quello inferiore.

A volte, in caso di ritenzione acuta di urina, la vescica non può essere drenata da un normale cateterismo; viene quindi derivata all'esterno in sede sovrapubica allestendo una **Cistostomia**.

Solitamente si usa la tecnica percutanea, per la quale si utilizzano dei set, appositamente studiati, che contengono un mandrino, rigido e tagliente, un tutore per il drenaggio e un sistema di fissaggio alla cute

Il mandrino viene inserito in anestesia locale, perforando la regione sovrapubica 2 o 3 cm. sopra il pube, a vescica piena.

Una volta che fuoriesce urina, si estrae l'anima dal mandrino e si inserisce il tutore tramite la camicia. Si estrae quindi la camicia e si fissa il tutore alla cute.

Problematiche psicologiche della persona stomizzata

Ogni paziente che subisce una amputazione (di un arto, della mammella, del retto), subisce un intervento che altera il suo schema corporeo. Si trova quindi ad avere una alterazione dell'immagine di sé, che non coincide più con lo schema corporeo.

Ogni alterazione dello "schema corporeo" provoca un dolore profondo; e' un dolore psichico, in parte inconscio, la rottura di un equilibrio, la perdita dello "stato ideale dell'immagine di sé".

L'elaborazione del lutto in questi casi, è simile al lutto per la perdita di una persona cara.

L'immagine di sé, che è un'idea, diversa dallo schema corporeo, è data da fattori:

- personali
- interpersonali
- ambientali
- sociali
- temporali

e si forma nella mente durante la crescita.

Per superare lo stato di angoscia ed elaborare il lutto, ogni amputato deve attraversare diverse fasi psicologiche, fra cui le più riconoscibili sono:

- la negazione
- l'aggressività
- l'ansia
- la regressione /dipendenza
- l'isolamento

Se l'elaborazione del lutto procederà verso la razionalizzazione si arriverà all'accettazione della nuova condizione, quando lo "schema corporeo" e "l'immagine di sé" torneranno a coincidere.

Quando il paziente non raggiunge l'accettazione, può verificarsi il fenomeno dell'organo fantasma; ad esempio potremo avere l'arto fantasma negli amputati di arto, la mammella fantasma nelle mastectomizzate, il retto fantasma negli operati di amputazione del retto secondo Miles; il paziente portatore di retto fantasma conserverà lo stimolo ad evacuare fino a percepire un vero e proprio tenesmo rettale, estremamente fastidioso.

Ma lo stomizzato, a differenza degli altri amputati, non deve elaborare solo il lutto per l'alterazione dello schema corporeo, deve anche affrontare la realtà del "buco nella pelle".

La pelle è una barriera fra il "dentro di sé" e il "fuori di sé", il mondo esterno. La stomia, cioè un "buco nella pelle", viene vissuta, dallo stomizzato, come la perdita della barriera psicologica, del confine fra il "dentro di sé", la propria vita interiore, e il "fuori di sé", gli altri. Quindi si sente indifeso, vulnerabile, e il trauma psichico gli rende spesso difficile la comunicazione.

C'è un ulteriore problema che lo stomizzato si trova ad affrontare, rispetto agli altri amputati: è la regressione verso la "fase anale" del bambino, fase un cui l'individuo conquista il controllo degli sfinteri. La persona stomizzata diventa incontinente, perde quindi la capacità di controllare volontariamente l'emissione delle deiezioni, e ciò è accompagnato dalla paura di sporcarsi, di fare cattivo odore, di non essere gradito dagli altri; anche questo agisce negativamente sulla sua psiche.

L'elaborazione del lutto per l'integrità

fisica perduta è particolarmente difficile per lo stomizzato, perché, all'alterazione dello schema corporeo, si aggiunge l'angoscia di morte per la diagnosi della malattia di base, spesso tumorale

Anche l'angoscia fa spesso mettere in atto meccanismi difensivi e suscita intense reazioni emotive legate a fantasmi di morte, deterioramento e sofferenza, che viene vissuta come l'esperienza del superamento del limite (tra ciò che è sopportabile ed umano e ciò che non lo è più).

Se i meccanismi difensivi diventano un modo costante di vivere la vita, possono precipitare la persona in altre patologie, come, ad esempio, la depressione.

Cosa può fare l'infermiere, per affrontare le problematiche di un paziente così complesso?

Dovrà, di ogni malato :

- saggiare la capacità individuale a tollerare le situazioni frustranti
- capire qual è la sua situazione sociale e culturale.
- capire la disponibilità dei famigliari a collaborare con l'equipe assistenziale,

ma, soprattutto, dovrà rispettare i tempi di elaborazione del lutto, che sono diversi da persona a persona, con empatia, cercando di stargli vicino con discrezione, facendogli capire che è compreso e rispettato in tutte le sue manifestazioni.

L'assistenza preoperatoria e la preparazione all'intervento

La comunicazione al paziente della diagnosi e del tipo di intervento che dovrà essere eseguito sono di competenza del chirurgo. A volte, però, è utile, da parte dell'infermiere, completare l'informazione, semplificando i termini utilizzati dalla equipe medica. L'infermiere prenderà in carico il paziente nel preoperatorio e, oltre all'informazione, alla gestione della preparazione intestinale, della doccia preoperatoria e della tricotomia, come da procedure, si occuperà del disegno preoperatorio, **che è il momento fondamentale della riabilitazione di una persona che diventerà portatrice di stomia e da cui dipenderà la corretta funzionalità e la ottimale gestione dello stoma.** Occorre sempre ricordare che riabilitazione non significa solo saper cambiare una sacca.

Gli obiettivi del disegno preoperatorio sono:

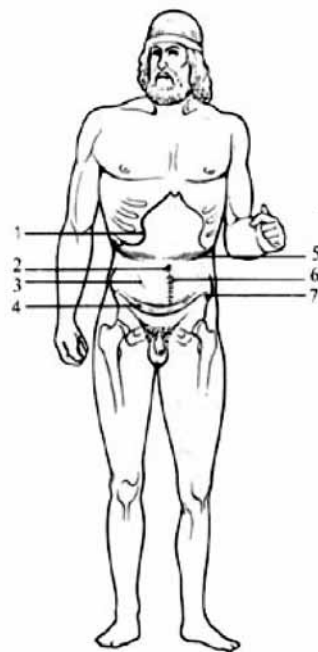
- individuare la sede in cui confezio-

nare la stomia per prevenire le complicanze secondarie a malposizionamento.

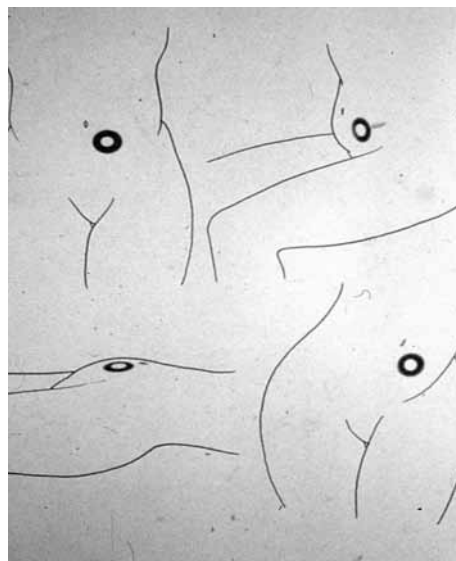
- assicurare una condizione che permetta alla persona di gestire in modo facile ed autonomo l'igiene e l'apparecchiatura della stomia
- favorire l'applicabilità e l'adesività del sistema di raccolta con conseguente riduzione dei costi.
- favorire il benessere psico-fisico della persona.

La corretta posizione sarà lontana da:

- 1) margine costale
- 2) ombelico
- 3) cicatrici pregresse
- 4) pieghe adipose
- 5) linea della vita
- 6) incisione principale
- 7) cresta iliaca



Applicando un bollino adesivo nella zona prescelta, si potrà verificare l'esatto posizionamento nelle diverse posture: eretta, supina, seduta ecc.



Si dovrà inoltre tener conto di abitudini di vita, abbigliamento, religione (in alcune confessioni religiose non è ammesso che la persona sia "sporca" sopra la linea della cintura).

Un errato posizionamento può diventare un grave impedimento per le attività lavorative, sportive, e di relazione del paziente.

Durante tutte le manovre per stabilire la sede della stomia, l'infermiere dovrebbe parlare con il paziente, coinvolgerlo, domandare quali sono le sue abitudini di vita, se fa sport, se ama nuotare, come usa vestirsi (cintura o bretelle?). Questo lo aiuterà a pensare che la sua vita riprenderà dal punto in cui l'ha lasciata per entrare in ospedale.

L'assistenza infermieristica in fase di dimissione

Molto importante è il momento della dimissione, in questa fase occorre:

- educare il paziente all'igiene della stomia
- educare il paziente all'utilizzo dei prodotti: fargli conoscere le caratteristiche dei sistemi di raccolta e dargli gli strumenti per poter fare una scelta oculata e consapevole, perché trovare il presidio giusto è fondamentale per acquisire sicurezza. La persona deve comprendere che non esiste la sacca ideale... ma la sacca migliore per lui.
- educare il paziente ad una corretta alimentazione.

Consegnare, alla dimissione, le linee guida da consultare a domicilio

Igiene della stomia

Obiettivi dell'educazione all'igiene peristomiale

- assicurare il comfort della persona assistita
- assicurare le condizioni normotrofiche della cute peristomiale
- promuovere l'autonomia della persona ad effettuare l'igiene della stomia e la sostituzione del sistema di raccolta
- assicurare l'adesività ed il mantenimento in situ del sistema di raccolta applicato.

Per l'igiene della stomia vanno utilizzati acqua potabile e soluzioni prive di sostanze irritanti o istolesive, quindi assolutamente no agli antisettici, alla benzina, all'etere.

È opportuno usare prodotti igienici, ma non sterili: carta da cucina, acqua tiepida e sapone neutro leggermente acido o detergenti specifici.

Tamponare per asciugare la cute adoperando carta da cucina o un asciugamano da bidet. Non usare il phon caldo, che potrebbe essere dannoso, né creme o oli, impedirebbero l'adesione del presidio di raccolta.



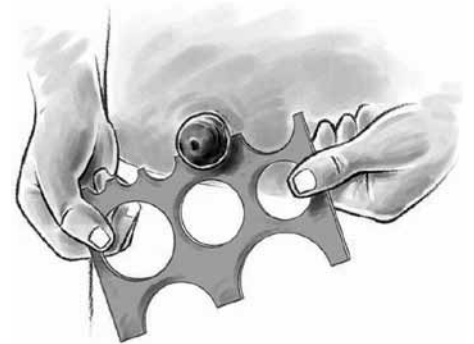
Utilizzo dei presidi

Un buon presidio deve avere caratteristiche ben precise:

- l'adesivo deve essere sicuro e saldamente fissato per tutto il tempo necessario... ma deve rispettare la cute, essere delicato, non contenere sostanze allergizzanti, anzi, deve essere curativo su eventuali irritazioni o lesioni e non lasciare residui al momento della rimozione.
- il filtro deve essere a prova di odore e non fare uscire deiezioni, per non sporcare la biancheria
- la sacca deve essere silenziosa, non

frusciare, deve essere discreta sotto gli abiti, il film di polietilene deve essere ricoperto di t.n.t. per non irritare la cute dove viene a contatto.

Sarà opportuno fare uso di sistemi di raccolta con il foro della giusta misura, solo 2 o 3 mm. più grande dello stoma (eventualmente aiutandosi con un misuratore di diametro), da ritagliare con forbici con punte arrotondate. Infatti, se si usano sacche con foro largo, le deiezioni ristagnano sulla pelle, nella porzione che va dallo stoma al bordo adesivo della sacca, provocando importanti alterazioni della cute.

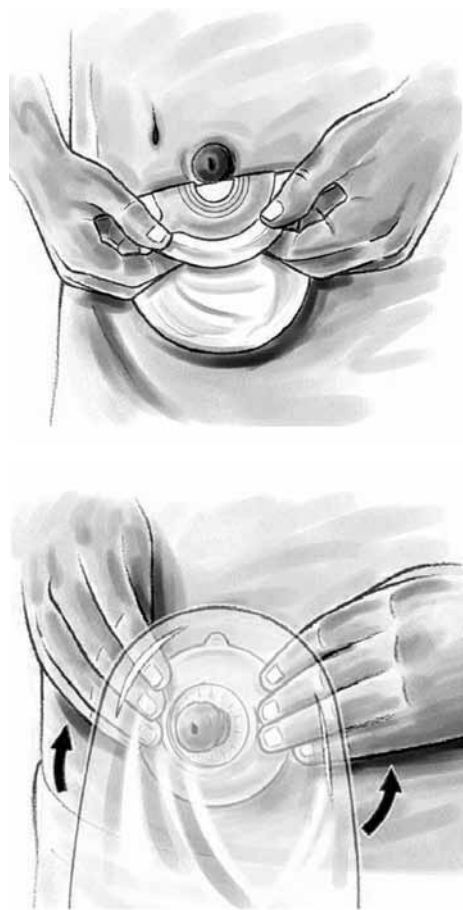


La sacca per più usata per gestire una ileostomia ha il fondo aperto, facile e comoda da svuotare, essendo le feci liquide, mentre per la colostomia si utilizza, di solito, un presidio a fondo chiuso, poiché le feci sono poltacee o addirittura formate.

La sacca per la urostomia deve avere il sistema di svuotamento adatto ad essere connesso ad una sacca da urina, da letto o da gamba, questo per evitare che il liquido faccia diventare la sacca eccessivamente pesante, quindi che possa facilmente staccarsi. All'interno delle sacche da urostomia vi è un sistema antireflusso, per evitare che l'urina, una volta entrata nel presidio, ritorni verso lo stoma, favorendo il distacco del presidio stesso.



I presidi per stomia possono essere composti da un pezzo o da due pezzi. Il sistema ad un solo pezzo è costituito da una sacca, provvista di adesivo, che viene applicata sull'addome e rimossa completamente al cambio. La sacca unica è di solito più leggera e flessibile del sistema a due pezzi, è discreta sotto gli abiti ma va cambiata varie volte nella giornata, sottoponendo ogni volta la cute al trauma da strappo.

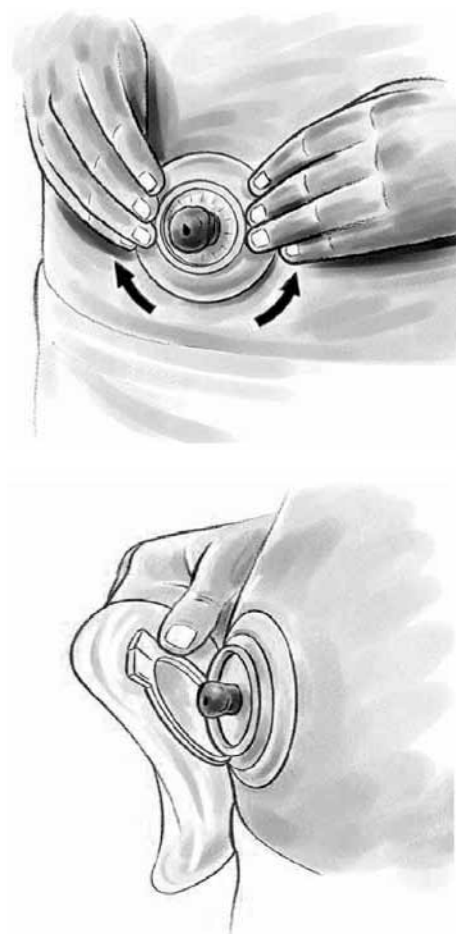


Il sistema a due pezzi è costituito da una placca, che può rimanere adesa alla cute dell'addome per un tempo relativamente lungo, anche alcuni giorni, e una sacca, che va applicata alla placca e può essere rimossa molto semplicemente. I sistemi di ancoraggio delle sacche alle placche variano a seconda della ditta produttrice: ne esistono tipi adesivi, altri con una connessione simile a quella in uso per i contenitori ermetici per alimenti. Va da sé che si dovranno assemblare placche e sacche del medesimo modello (cercare di assemblare placche e sacche di modelli diversi o addirittura di ditte produttrici diverse, è uno degli errori più comuni riscontrati nelle Unità Operative).

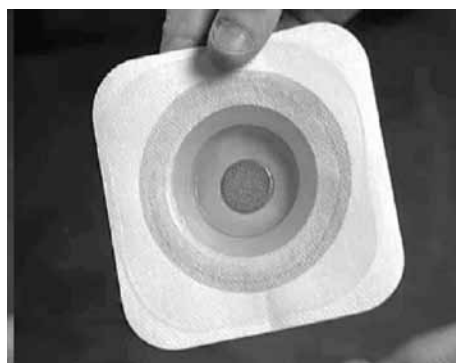
I sistemi a due pezzi evitano distacchi troppo frequenti, favorendo una maggiore protezione della cute e la

sacca è facile da inserire e rimuovere, quindi adatta a persone non completamente autosufficienti, che dovranno farsi aiutare solo per l'applicazione della placca.

Di solito però il presidio è più pesante della sacca monopezzo, e meno discreto sotto gli abiti.



L'adesivo, sia nei presidi a due pezzi che in quelli monopezzo, può essere piano o convesso. Quest'ultimo è fondamentale per le stomie retratte.



In caso di stoma retratto, sono utili ausili come le paste o le polveri di idrocolloide.

Dalla ripresa della canalizzazione e fino alla guarigione della ferita chirurgica peristomale va utilizzato un sistema di raccolta a due pezzi con placca a protezione totale, possibilmente con

aggancio atraumatico, e sacca trasparente, per poter ispezionare la stomia senza provocare dolore al paziente a causa delle manovre di distacco del presidio.

A partire dalla seconda sostituzione del sistema di raccolta è necessario coinvolgere progressivamente la persona stomizzata e/o la persona di riferimento, durante l'effettuazione della procedura, spiegare tutte le manovre e la sequenza degli atti, poi farlo provare da solo, fino a far raggiungere l'autonomia. Prima della dimissione, valutare l'abilità della persona stomizzata e/o della persona di riferimento ad effettuare l'igiene della stomia e la sostituzione del sistema di raccolta.

Consigli dietetici

Il trattamento dietetico delle persone portatrici di ileostomia o di ciecostomia è un po' complesso.

Nella funzione della ileostomia prevalgono i problemi legati alla perdita di liquidi e sali perché l'ileo, nonostante la capacità di adattamento, non può assicurare tutto l'assorbimento idrico deputato al colon. Il pericolo concreto del portatore di ileostomia è quindi la disidratazione, che può portare, in brevissimo tempo ad un nuovo ricovero. Problemi cronici di idratazione possono invece favorire la formazione di calcolosi, sia epatica che renale.

La dieta avrà quindi l'obiettivo di:

- rallentare il transito duodeno-digiu-nale
- modulare l'assorbimento di nutrienti con fibre solubili: (es. pectine)
- ridurre i grassi che stimolano la secrezione di bile
- equilibrare il bilancio idrico (incremento dell'introito di acqua, elettroliti e vitamine)
- escludere cibi che possono provocare disturbi (test di esclusione: si fa assumere al paziente un nuovo cibo per volta e si saggia la reazione dell'organismo; se il nuovo cibo non provoca problemi, diventerà parte di quelli abituali, e se ne proverà un altro).

Il trattamento dietetico per i portatori di sigmoidostomia è più semplice: deve essere caloricamente sufficiente, con un adeguato apporto di sali minerali, vitamine ed acqua ma simile alla dieta delle persone non stomizzate, facendo attenzione a:

- evitare la stitichezza
- non assumere alimenti che producono gas in quantità eccessiva e cattivi odori
- evitare alimenti che producono feci troppo abbondanti.

- introdurre quantità adeguate di fibre alimentari insolubili (una dieta povera in scorie favorisce la stipsi ed il ristagno)

Il ristagno delle feci è assolutamente da evitare perché nel colon può determinare richiamo di acqua per effetto osmotico (con squilibri idroelettrolitici e diarrea osmotica) e metabolizzazione di sostanze organiche non assorbite (con irritazione della mucosa e assorbimento di metaboliti tossici).

L'irrigazione

L'irrigazione è un metodo per ottenere una continenza passiva nelle persone portatrici di sigmoidostomia, e consiste nell'introduzione di acqua nel colon residuo, allo scopo di provocare la fuoriuscita di feci e gas in esso contenute. Ma, soprattutto, mira ad ottenere l'abitudine, da parte del colon, di far partire la peristalsi, per lo svuotamento del viscere, solo quando riconosce il calore e lo stimolo causato dall'introduzione dell'acqua.

Gli scopi dell'irrigazione sono quindi:

- ottenere la continenza "passiva" per almeno ventiquattro ore.
- favorire il benessere psicofisico dello stomizzato, dando soprattutto sicurezza.

La riabilitazione della funzione intestinale, mediante irrigazione, dovrebbe essere iniziata dopo circa trenta giorni dall'intervento chirurgico o comunque quando la persona è fisicamente e psicologicamente pronta.

L'irrigazione riabilitativa può essere sospesa, in corso di terapie adiuvanti, nel momento in cui si presentano alterazioni dell'alvo.

Sono da considerarsi fattori di esclusione per l'irrigazione a scopo riabilitativo i soggetti affetti da malattie diverticolari, malattie infiammatorie del colon, megacolon, stenosi serrata del lume della stomia.

Sono da considerarsi controindicazioni relative le difficoltà visive e di movimento, l'insufficienza cardiovascolare grave, le alterazioni dello stato di coscienza, il prolasso stomale, l'ernia parastomale e la diarrea.

L'educazione del paziente all'effettuazione della tecnica, deve prevedere la pianificazione di almeno tre irrigazioni tutorate e la valutazione del grado di autonomia acquisito a distanza di una settimana.

L'esecuzione della tecnica riabilitativa va ripetuta con cadenza regolare, preferibilmente sempre alla stessa ora, tenendo conto delle abitudini del pazien-

te precedenti all'intervento; di norma, per il primo mese si consiglia di fare l'irrigazione ogni ventiquattro ore, per favorire l'acquisizione della ritmicità dell'alvo, poi ogni quarantotto ore.

La scelta dell'intervallo fra una irrigazione e la successiva dipende dal tipo di peristalsi e dalla quantità di colon residuo: tanto più è attiva la peristalsi e minore è il volume colico residuo, tanto più breve dovrà essere l'intervallo fra una irrigazione e l'altra.

L'assunzione di piccole quantità di cibo e/o di bevande calde, prima dell'effettuazione della pratica irrigativa, favorisce la peristalsi intestinale ed un efficace svuotamento del colon residuo.

Durante l'introduzione dell'acqua la persona può assumere la postura seduta (sul WC o su una sedia accanto al WC), o eretta.



Durante l'introduzione dell'acqua si possono manifestare sintomi quali nausea e sudorazione, secondari a stimolazioni vagali; in tal caso sospendere la manovra fino alla risoluzione della sintomatologia.

Se l'irrigazione non ottiene il risultato atteso, non deve essere ripetuta prima di ventiquattro ore.

Al termine del training di addestramento, consegnare le linee guida da consultare a domicilio.

Materiale occorrente:

- piano d'appoggio (ovvio, ma i piani d'appoggio, nei bagni in ospedale, sono sempre carenti)
- sacchetto per i rifiuti
- panno carta
- gel lubrificante
- set per irrigazione
- 1500 cc. di acqua potabile a 37°
- sostegno
- guanti

Riempire la sacca del set da irrigazione con 1500 cc di acqua a temperatura corporea ed appenderla ad una altezza di circa 40 cm. sopra la spalla della persona assistita.



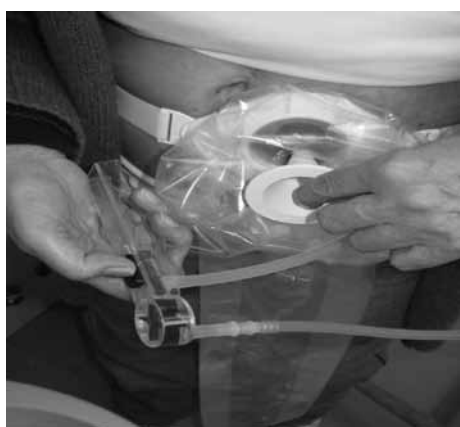
Riempire il tubo collettore di acqua, facendola defluire dal cono, e chiudere il rubinetto posto sul tubo collettore stesso, per fare fuoriuscire l'aria presente nel tubo.



Applicare la sacca di scarico sulla flangia contenuta nel set, dopo aver rimosso la pellicola che protegge l'adesivo. Posizionare poi la flangia, con la sacca applicata, sulla cute peristomale e agganciare la cintura per mantenerla in sede, posizionando poi la parte terminale nel WC.



Dopo aver indossato i guanti, lubrificare un dito, indice o mignolo, con l'apposito gel ed eseguire l'esplorazione digitale della stomia per verificare l'orientamento dell'ansa intestinale e la presenza di feci che ostacolerebbero l'entrata dell'acqua. Lubrificare il cono e, previa apertura del rubinetto, inserirlo, con movimento rotatorio, nella stomia. Posizionare il cono tenendolo ben aderente alla stomia, e far defluire 800/1000 ml di acqua in 3/5 minuti.



Chiudere il rubinetto di chiusura, attendere 2/3 minuti e rimuovere il cono.

Ripiegare e chiudere l'apertura superiore della sacca con due mollette per evitare fuoriuscite di materiale. E' consigliato, soprattutto le prime volte, di chiudere anche la parte inferiore della sacca di scarico, prima di iniziare l'introduzione dell'acqua, per verificare se quella fatta defluire è effettivamente entrata nel colon.



Attendere circa 20 minuti dall'inizio dell'evacuazione, durante i quali si può effettuare, sull'addome un lieve massaggio in senso orario, per favorire l'espulsione delle feci.

Rimuovere le feci presenti sulla stomia facendo defluire l'acqua ancora presente nella sacca dell'irrigatore, detergere e asciugare con panno carta.

Attendere ulteriori 10 minuti dall'ultima scarica, per assicurarsi che non ci siano nuove emissioni, rimuovere la sacca di scarico e apparecchiare la stomia come d'abitudine.

Complicanze del complesso stomale

Le complicanze che possono colpire una stomia hanno un'incidenza fra il 25 e il 35 % e sono in prevalenza causate da:

- difetti chirurgici
- alterazioni congenite della parete addominale (raramente)
- malposizionamento della stomia
- errori nella gestione della stomia

possono essere causa di:

- reintervento chirurgico
- ritardo nella dimissione
- protrarsi della convalescenza
- uso di maggiori quantità di presidi (quindi costi di gestione più elevati)
- depressione per il paziente.

Certamente determinano un marcato peggioramento della qualità della vita della persona stomizzata.

Si dividono in **precoci** e **tardive**.

Le complicanze precoci sono quelle che insorgono dalle prime ore e fino a 30 giorni dopo l'intervento:

- ischemia / necrosi
- edema
- distacco acuto
- emorragia intra e peristomale
- suppurazione / ascesso peristomale

Le complicanze tardive sono quelle che insorgono oltre 30 giorni dall'intervento:

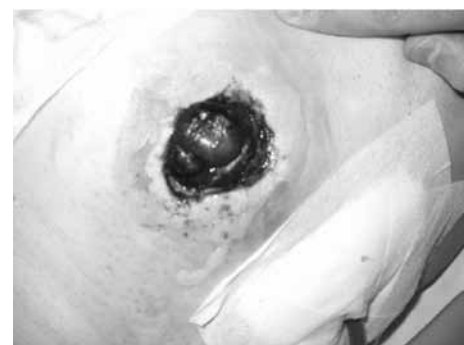
- distacco
- fistola
- ernia
- prolasso
- stenosi
- retrazione
- granulomi
- dermatite peristomale

Complicanze precoci

Ischemia

E' la condizione che si instaura per insufficiente apporto di sangue arterioso nella sede della stomia; la mucosa apparirà prima pallida, poi violacea (cianosi) e infine nera (necrosi). Può essere provocata da eccessiva trazione del meso del viscere, da arteriosclerosi, da compressioni vascolari intrinseche o eccessiva scheletrizzazione dell'ansa, in fase di preparazione, durante le manovre chirurgiche.

L'ischemia può provocare stenosi dello stoma e, nei casi più gravi, distacco della sutura muco cutanea, che, se è totale, può causare la caduta del moncone in addome, con conseguente peritonite stercoracea.



Edema

Consiste nell'aumento della componente idrica interstiziale della mucosa stomale dovuto ad un ostacolato deflusso venoso.

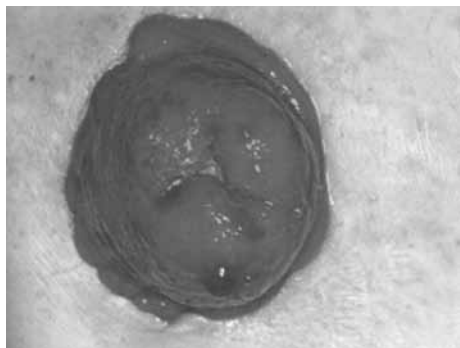
Può essere provocato da una eccessiva trazione dell'ansa, da un diametro insufficiente dell'apertura nella parete muscolare o cutanea in corso di intervento, dall'utilizzo di presidi non idonei o da ristagno del contenuto fecale. Quando, nel post operatorio, si ha un edema della mucosa della stomia, si può verificare una stenosi momentanea del lume stomale, con difficoltà di scarico delle deiezioni. Se l'edema si protrae, può esitare in necrosi della mucosa e distacco acuto. Qualora il distacco fosse parziale, provocherebbe problemi nell'apparecchiatura della stomia, ma se fosse totale potrebbe portare ad una peritonite stercoracea, per caduta del viscere in peritoneo.



Emorragia intra e peristomale

E' una perdita di sangue, di varia entità, proveniente dalla zona peristomale o dal viscere stesso. Le possibili cause possono essere: eccessiva esteriorizzazione dell'ansa, necrosi delle arteriole del meso o distacco di escare, emostasi difettosa, coagulopatie o microtraumi da malgestione.

Le perdite di sangue della mucosa stomale sono piuttosto consuete e, se sono modeste, non sono espressione di un problema preoccupante. Possono però provocare anemia e certamente, ansia e paura nel malato.



Suppurazione e ascesso peristomale

E' la flogosi purulenta del complesso stomale dovuta a difettosa sutura muco-cutanea o a contaminazione intraoperatoria, per scolo di materiale da un intestino mal preparato.

La suppurazione della sutura muco-cutanea o la formazione di un ascesso parastomale, possono provocare il distacco della sutura e la formazione, attorno allo stoma, di un solco che dovrà guarire per seconda intenzione; questo provoca importanti problemi nella gestione della stomia.



Complicanze tardive

Distacco

Si definisce distacco la deiscenza della sutura muco cutanea, di solito causata da una importante infiammazione post operatoria nel distacco acuto, o da problemi legati a terapie radianti nel distacco tardivo. Se il distacco e' parziale, provoca problemi nell'appa-

recchiatura della stomia, per infiltrazione di feci nella breccia muco cutanea; se il distacco è totale può provocare peritonite stercoracea, per caduta del viscere in peritoneo.



Distacco acuto



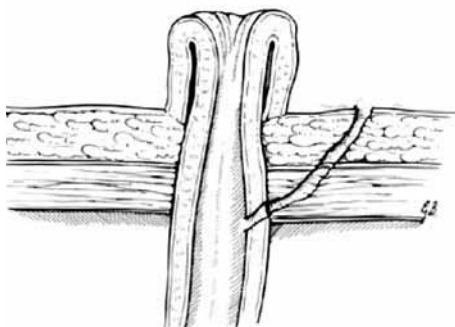
Distacco tardivo

Fistola

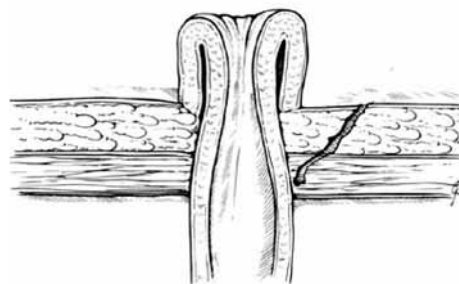
Si definisce fistola il tragitto che mette in comunicazione due cavità o una cavità con l'esterno.

Può essere:

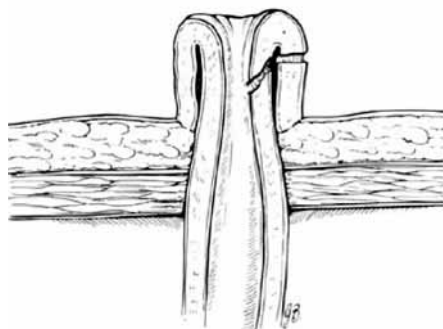
- Viscero-cutanea, quando mette in comunicazione il lume dell'ansa stomale con la cute.



- Peristomale, quando origina in prossimità della parete viscerale senza attraversarla e si apre sulla cute.



- Transtomale, quando mette in comunicazione il lume viscerale con l'esterno sbocando nella mucosa evertita sopra il piano cutaneo.



La formazione di una fistola può essere causata da trauma (Trans-stomali), da suppurazione dovuta ad un punto di sutura (Peristomali e viscerocutane), o da problemi legati alla patologia primaria (es. Morbo di Crohn). Le fistole possono causare frequenti distacchi della protesi e facilitare la formazione di un ascesso.

Ernia

Consiste nella dislocazione dello stomia per cedimento della parete addominale: sotto l'influenza delle variazioni volumetriche dell'ansa, l'apertura dello strato muscolare della parete addominale, che ha permesso l'esteriorizzazione del viscere, può espandersi fino a formare un orifizio erniario. L'apertura può estendersi in un'area limitata (ernia parastomale) oppure a tutta la circonferenza (ernia peristomale). Il sacco erniario può contenere un'ansa del tenue, omento, oppure l'ansa colica pre-stomale e, in rare occasioni, il colon traverso.

Può essere causata da una incisione fasciale troppo ampia (> 3 cm), dalla scelta di una sede inadatta al confezionamento della stomia o dal cedimento progressivo dell'aponeurosi. Può essere favorita da tosse, obesità e stipsi.

Determina vari tipi di disturbi come: alterazioni dell'alvo, impedimento all'apparecchiatura dello stoma, frequente distacco della protesi, difficoltà nell'esecuzione dell'irrigazione e marcato disagio psicologico.



Prolasso

Consiste nella protrusione eccessiva dell'ansa stomale dal piano cutaneo addominale.

E' più frequente nelle colostomie, specialmente quelle a doppia canna, in particolare nell'ansa distale e nelle colostomie allestite per una malattia ostruttiva. Si riscontra frequentemente nei bambini.

E' dovuto ad una eccessiva ampiezza dell'incisione parietale e cutanea e/o all'insufficiente fissazione visceroparietale.

Causa difficoltà di mimetizzazione sotto gli abiti e frequente distacco della protesi.

Nei casi più complessi potrebbe verificarsi edema e/o necrosi da strozzamento dell'ansa intestinale.



Stenosi

La stenosi è la riduzione del calibro stomale al di sotto della misura necessaria ad assicurare una normale evacuazione. E' causata dalle dimensioni del lume intestinale utilizzato per il confezionamento della stomia, dalla elasticità della parte viscerale transparietale, dalla elasticità dei tessuti circostanti, da cicatrizzazione ipertrofica della cute peristomale, dalla inadeguata incisione cutanea o dagli esiti di: un processo suppurativo, retrazione precoce, ischemia o necrosi. E' responsabile di possibile ristagno fecale, iperfermentazione e putrefazione delle feci e, nei casi più gravi, di occlusione intestinale.



Retrazione

La retrazione consiste in uno slivellamento dello stomia (più o meno accentuato) sotto il piano cutaneo. E' più frequente nelle trasversostomie e nelle sigmoidostomie terminali. E dovuta a malconfezionamento per insufficiente preparazione dell'ansa e meso molto corto, qualche volta a eccessivo spessore della parete addominale. Causa frequente distacco della protesi, quindi gravi difficoltà di gestione della stomia.



Granulomi

Sono formazioni fibroproduttive a carattere benigno che compaiono sulla superficie dello stomia, causate da flogosi cronica, traumatismi ripetuti (la cintura dei pantaloni, il foro della placca troppo stretto) corpi estranei (spec. filo da sutura).

Causano sanguinamento continuo, fino alla possibilità di vere e proprie emorragie ripetute, dolore e bruciore al passaggio delle deiezioni.





Alterazioni dell'integrità cutanea

Sono le alterazioni dell'integrità o del trofismo della cute peristomiale.

Possono essere:

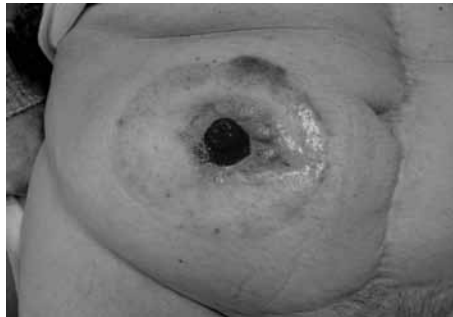
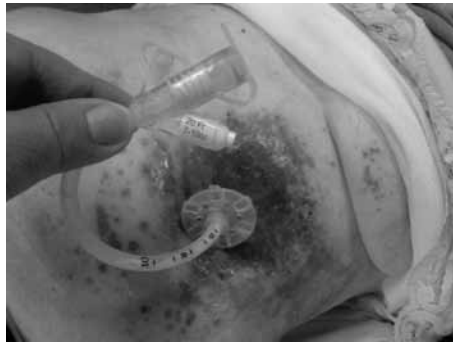
- Dermatiti da trauma, legate all'azione meccanica esercitata dalle protesi al momento della Rimozione (trauma da strappo).
- Dermatiti da contaminazione, causate dal contatto delle feci, delle urine o dei succhi gastrici o enterici nelle gastrostomie e nelle digiunostomie, con la cute.
- Dermatiti da contatto, legate alla sensibilizzazione ai componenti della protesi con frequente sovrapposizione infettiva.

Le alterazioni dell'integrità cutanea sono causate da malposizionamento della stomia (ed è la causa più frequente, quando il posizionamento è situato in una sede tale da rendere difficoltose o impossibili le manovre di gestione, per errata o mancata valutazione preoperatoria), utilizzo di antisettici, protesi non idonee o scorretto posizionamento del presidio.

Le alterazioni dell'integrità cutanea causano frequentemente eritema pruriginoso, comparsa di vescicole (dermatite eritemato-papulosa) che talvolta vanno incontro ad erosione (dermatite eritemato-papulosa-erosiva), sierosità o, meno frequentemente, emorragie (dermatite emorragica).

Non è raro vedere anche casi di sovrapposizione micotica o piogenica.

Questa complicanza, in assoluto la più frequente, è responsabile di una pessima qualità di vita nel paziente, nel quale provoca dolore e depressione, e un aumento dei costi di gestione della stomia.



Conclusioni

Subire un intervento che porterà alla confezione di una stomia è una condizione che, quasi sempre, porta la persona che lo subisce ad affrontare una serie di problemi veramente destabilizzanti per la sua vita, personale e di relazione.

Spesso si sente dire che oggi si fanno poche stomie, sempre meno, rispetto agli anni 80/90.

Forse si fanno meno stomie definitive, le stomie temporanee, invece, sono tantissime.

In ogni caso, anche se la stomia sarà temporanea, la persona che ne è portatrice ha comunque bisogno di aiuto, altrimenti la qualità di vita, nei mesi in cui vivrà la condizione di stomizzato, sarà veramente bassa. Infatti è durante questo periodo che, oltre ad affrontare la nuova condizione, dovrà eseguire le terapie oncologiche che sono assai pesanti,

Quale figura, meglio dell'infermiere, può prendere in carico questa persona così provata? Il chirurgo rimuove la malattia, l'oncologo lo coadiuva completando e perfezionando l'opera, ma

è l'infermiere che supporta l'individuo in tutti i suoi aspetti, lo aiuta a superare i problemi pratici, lo sostiene e lo accompagna quando affronta gli altri aspetti della vita.

Nella nostra provincia abbiamo, e ne siamo orgogliosi, molti ambulatori di stomaterapia: uno al S.Orsola al quale afferiscono prevalentemente i pazienti con stomie sull'apparato digerente; uno al Malpigli, dedicato agli urostomizzati; nell'Azienda USL di Bologna sono aperti sei ambulatori, diffusi capillarmente sul territorio, i cui gli Stomaterapisti accolgono i pazienti portatori di qualsiasi tipo di stomia. Sono anche presenti gli ambulatori di: Molinella, voluto tanti anni fa dai membri dei Lions di quel zona, e di Imola, che afferisce alla Chirurgia dell' Ospedale S. Maria della Scaletta. Auguriamoci che si facciano veramente sempre meno stomie, ma, se l'intervento dovrà essere fatto, siamo certi che, nel nostro territorio, le persone saranno assistite nel modo migliore.



IPASVI

• **Utilizzo della ventilazione non invasiva nei reparti di degenza non intensivi**

**C. Tacconi, A. Caselli,
P. Ferrari, A. Monesi,
S. Santolini**

**Dipartimento Emergenza
Urgenza, UOC Rianimazione 118,
Ospedale Maggiore di Bologna**

ABSTRACT

INTRODUZIONE - Uno degli aspetti più rilevanti che caratterizzano l'uso della NIV in questi contesti è il ruolo centrale che assume l'infermiere del reparto: a lui è demandata la somministrazione della terapia respiratoria meccanica, la gestione delle apparecchiature ed il monitoraggio clinico e strumentale del paziente. Presentiamo i risultati di un questionario anonimo sulla gestione della NIV proposto agli infermieri dei reparti medico-chirurgici non intensivi della nostra Azienda.

MATERIALI E METODI - Il nostro studio ha coinvolto i reparti non intensivi (medicina, chirurgia e cardiologia) e le unità assistenziali post acuti. Il questionario comprendeva 18 domande che esploravano: l'attuale formazione del personale infermieristico (autoanalisi), i fabbisogni formativi riguardanti la ventilazione non invasiva, la logistica operativa del trattamento ventilatorio non invasivo, l'adesione al piano terapeutico e il monitoraggio del paziente

RISULTATI - Hanno aderito allo studio 22 reparti della nostra Azienda. Hanno risposto 335 infermieri su 410 (82%), con un'anzianità di lavoro media superiore ai 5 anni; I risultati del questionario evidenziano: una sufficiente formazione (67%) verso il trattamento non invasivo pur richiedendo un refresh annuale (63%); un parziale coinvolgimento nelle decisioni di intraprendere la NIV a fronte di un aumento di tale trattamento nell'ultimo periodo; difficoltà di adesione al piano terapeutico (68%); assenza di un protocollo di gestione e monitoraggio del paziente e necessità di avere schemi comportamentali (100%) e sistema di raccolta dati (86%).

CONCLUSIONI - Questo è un studio che valuta l'opinione degli infermieri

dei reparti non intensivi sulla gestione reale della ventilazione non invasiva, ottenuta attraverso un questionario anonimo. I nostri risultati evidenziano la richiesta del personale di potenziare la propria formazione sul tema, di redigere un'istruzione operativa che riassume le varie fasi del trattamento e i relativi monitoraggi strumentali, l'elaborazione di una scheda paziente per la raccolta dati.

Il concetto di ventilazione meccanica non invasiva (NIV) si riferisce alla capacità di fornire un supporto ventilatorio attraverso le vie aeree superiori del paziente, utilizzando maschere o altri devices. La tecnica si distingue da quelle che bypassano le vie aeree, attraverso il posizionamento di un tubo tracheale, maschera laringea, o tracheotomia e che pertanto, sono considerate invasive.

Viene indicata con il termine di NIV la ventilazione meccanica non invasiva a pressione positiva. Il termine CPAP (continuous positive airway pressure) si riferisce alla somministrazione di una pressione positiva continua nelle vie aeree, attraverso l'utilizzo di maschere facciali, soprattutto nell'insufficienza respiratoria ipossica acuta. La BiPAP invece rappresenta un valido strumento terapeutico nel trattamento dell'insufficienza respiratoria ipercapnica in quanto, oltre ad un'alta efficacia in termini di risoluzione del fatto acuto, essa possiede l'indubbio vantaggio di evitare l'intubazione del paziente (manovra sicuramente rischiosa e traumatica) e di evitare lo sviluppo delle broncopolmoniti associate al ventilatore (VAP) che molto spesso si verificano in questi pazienti. Per i suoi potenziali benefici e la facilità di utilizzo, la NIV è applicata sempre più frequentemente. Inoltre la carenza e gli alti costi dei letti di terapia intensiva hanno spinto l'utilizzo della NIV fuori dalle aree di trattamento intensivo. Scegliere il corretto tempo di applicazione e il tipo di paziente con insufficienza respiratoria acuta per migliorare le possibilità di successo con la NIV richiede personale formato, un ambiente appropriato ed un corretto monitoraggio. Questo studio presenta e discute i dati che riguardano la formazione del personale, i protocolli operativi e le tecniche di monitoraggio nei reparti di degenza ordinaria

INTRODUZIONE

Uno degli aspetti più rilevanti che caratterizzano l'uso della NIV in questi

contesti è il ruolo centrale che assume l'infermiere del reparto: a lui è demandata la somministrazione della terapia respiratoria meccanica, la gestione delle apparecchiature ed il monitoraggio clinico e strumentale del paziente. Nonostante questo ruolo fondamentale nella gestione della NIV, la formazione dell'infermiere presenta ancora delle lacune e non sono previsti uniformi procedure di trattamento e di monitoraggio. Presentiamo i risultati di un questionario anonimo sulla gestione della NIV proposto agli infermieri dei reparti medico-chirurgici non intensivi della nostra Azienda.

MATERIALI E METODI

Nell'Azienda USL di Bologna sono presenti 30 Unità Assistenziali (UA) non intensive ad indirizzo medico chirurgico in cui operano 563 infermieri. I trattamenti con NIV in queste UA avvengono seguendo la seguente procedura. All'anestesista che gestisce le urgenze nei reparti o al medico di guardia del reparto stesso spetta la decisione di prescrivere il trattamento ventilatorio. Al momento non è in uso nessun rigido protocollo per la gestione della NIV. Secondo le raccomandazioni delle società scientifiche, la pressione positiva continua (CPAP) viene applicata quando prevale l'ipossiemia, mentre una pressione di supporto (BiPAP) è la metodica di scelta in caso di insufficienza respiratoria acuta a prevalente componente ipercapnica. Nelle fasi iniziali del trattamento, la NIV viene applicata in continuo al paziente. Non appena le condizioni del paziente consentono una temporanea sospensione del supporto, vengono impostati alcuni cicli al giorno. Gli infermieri sono incaricati di applicare fisicamente l'interfaccia al paziente, connettendolo al ventilatore all'inizio di ogni ciclo e rimuovendolo alla fine. Tuttavia, il personale di reparto non riceve uno specifico training sulla gestione della NIV e la maggior parte dei programmi di studio degli infermieri non comprendono la trattazione di questo presidio. Il rapporto infermieri-pazienti è ampiamente variabile tra i reparti. Il monitoraggio del trattamento dipende dalle condizioni del paziente e dalle risorse del reparto e varia da un monitoraggio continuo della frequenza cardiaca, pressione arteriosa e saturimetria, alla verifica alcune volte al giorno dei medesimi parametri. Anche l'emogasanalisi non viene eseguita secondo schemi standard.

Il nostro studio ha coinvolto i reparti non intensivi (medicines, chirurgie e cardiologia) e le unità assistenziali post acuti. Il questionario comprendeva 18 domande che esploravano: l'attuale formazione del personale infermieristico (autoanalisi), i fabbisogni formativi riguardanti la ventilazione non invasiva, la logistica operativa del trattamento ventilatorio non invasivo, l'adesione al piano terapeutico e il monitoraggio del paziente. La stesura delle domande è avvenuta ad opera

degli infermieri della Rianimazione; è stata successivamente chiesta l'approvazione del Servizio Infermieristico SATeR, ottenendo la piena collaborazione. Accompagnato da una lettera

di presentazione dell'iniziativa, il questionario è stato distribuito a tutti gli infermieri attraverso i Coordinatori/Trucchi Infermieristici (preventivamente informati/e), che hanno provveduto anche alla raccolta delle schede compilate. Il questionario era anonimo e la sua compilazione facoltativa.

ANALISI STATISTICA

L'analisi statistica è stata eseguita utilizzando Microsoft Excel e riportata come numeri (percentuali). E' stata valutata la significatività attraverso il test t di Student, e si è considerato un risultato statisticamente significativo con $p < 0,05$.

RISULTATI

Hanno aderito allo studio 22 reparti

della nostra Azienda.

Hanno risposto 335 infermieri su 410 (82 %), con un'anzianità di lavoro media superiore ai 5 anni;

I risultati del questionario evidenziano: una sufficiente formazione (67%) verso il trattamento non invasivo pur richiedendo un refresh annuale (63%); un parziale coinvolgimento nelle decisioni di intraprendere la NIV a fronte di un aumento di tale trattamento nell'ultimo periodo; difficoltà di adesione al piano terapeutico (68%); assenza di un protocollo di gestione e monitoraggio del paziente e necessità di avere schemi comportamentali (100%) e sistema di raccolta dati (86%).

INDAGINE SUI BISOGNI FORMATIVI

Da quanti anni esercita la professione di infermiere?	% Totale	% Medicine	% Chirurgie	% PostAcuti	p value
< 1 anno	1	1	0	0	0,01
1 - 5 anni	25	27	19	21	0,23
> 5 anni	75	72	81	79	0,69
Ha partecipato al corso dedicato alla ventilazione non invasiva proposto nell'autunno 2009?	% Totale	% Medicine	% Chirurgie	% PostAcuti	p value
Si	52	59	26	61	0,02
No	42	36	74	21	0,47
Ha ritenuto utili gli argomenti trattati (risponda solo se SI alla domanda 2)?	% Totale	% Medicine	% Chirurgie	% PostAcuti	p value
Si	99	99	100	100	0,76
No	0	0	0	0	1,00
Le nozioni apprese nel corso hanno modificato in maniera positiva il suo modo di gestire la ventilazione non invasiva (risponda solo se SI alla domanda 2)?	% Totale	% Medicine	% Chirurgie	% PostAcuti	p value
Si	99	99	100	100	0,76
No	0	0	0	0	1,00
Attualmente la sua formazione rispetto a questo trattamento	% Totale	% Medicine	% Chirurgie	% PostAcuti	p value
È adeguata	13	14	7	18	0,01
È sufficiente, ma sento la necessità di seguire degli aggiornamenti	67	72	51	61	0,99
È inadeguata	20	13	41	21	0,25
Nel caso avesse necessità di aggiornamenti, quali argomenti preferirebbe approfondire (possibili più scelte)	% Totale	% Medicine	% Chirurgie	% PostAcuti	p value
Principi della ventilazione non invasiva	67	65	68	86	0,02
Preparazione e controllo della macchina	65	64	68	64	0,46
Prevenzione e trattamento delle complicanze della ventilazione non invasiva	65	67	57	71	0,05
La formazione riguardante la ventilazione non invasiva andrebbe proposta	% Totale	% Medicine	% Chirurgie	% PostAcuti	p value
Una volta l'anno	63	66	54	61	0,08
Una volta ogni sei mesi	23	24	21	14	0,04
Una volta ogni due anni	14	9	25	25	0,13

INDAGINE SULLA LOGISTICA OPERATIVA					
Secondo lei, nell'ultimo anno è aumentato il numero di pazienti a cui è stata prescritta la ventilazione non invasiva in terapia?	% Totale	% Medicine	% Chirurgie	% PostAcuti	p value
Si	90	95	71	96	0,99
No	10	5	29	4	0,37
Durante la sua attività lavorativa, viene coinvolto nella decisione di iniziare il trattamento ventilatorio non invasivo?	% Totale	% Medicine	% Chirurgie	% PostAcuti	p value
Si, sempre	4	6	0	0	0,04
Si, spesso	12	16	3	0	0,01
Raramente	45	51	25	43	0,48
No, mai	38	25	74	57	0,16
Da chi viene informato circa il trattamento ventilatorio a cui verrà sottoposto il paziente?	% Totale	% Medicine	% Chirurgie	% PostAcuti	p value
Dal medico di reparto	81	95	51	43	1,00
Dal medico anestesista	18	8	47	32	0,75
Dal collega	5	2	6	25	0,35
Dal paziente stesso	1	0	4	0	0,35
Ha sempre potuto rispettare gli orari e la durata dei cicli previsti?	% Totale	% Medicine	% Chirurgie	% PostAcuti	p value
No perché ero impegnato con altri pazienti	24	30	6	14	0,07
No per errata trasmissione delle informazioni	1	0	1	0	0,00
No per scarsa collaborazione del paziente	35	43	13	21	0,82
No per peggioramento delle condizioni del paziente	13	13	15	7	0,06
Si sempre	32	19	68	57	0,14
Nel suo reparto c'è la possibilità di monitorizzare in continuo i pazienti in trattamento ventilatorio non invasivo?	% Totale	% Medicine	% Chirurgie	% PostAcuti	p value
Si	26	31	22	0	0,06
No	74	69	78	100	0,17
Quale monitoraggio viene applicato di routine?	% Totale	% Medicine	% Chirurgie	% PostAcuti	p value
Non esiste uno standard	49	46	50	79	0,98
Saturazione ossigeno periferico in continuo	34	36	34	14	0,66
Elettrocardiogramma in continuo	16	16	21	0	0,86
Pressione arteriosa in continuo	10	8	22	0	0,02
Emogas analisi ad orari stabiliti	17	20	4	21	0,39
Emogas analisi secondo giudizio clinico	40	43	31	36	0,71
Visite dello Specialista più volte al giorno	5	6	3	0	0,86
Non esiste uno standard	49	46	50	79	0,98
Saturazione ossigeno periferico in continuo	34	36	34	14	0,66
Elettrocardiogramma in continuo	16	16	21	0	0,86
Pressione arteriosa in continuo	10	8	22	0	0,02
Emogas analisi ad orari stabiliti	17	20	4	21	0,39
Emogas analisi secondo giudizio clinico	40	43	31	36	0,71
Visite dello Specialista più volte al giorno	5	6	3	0	0,86

Nel suo Reparto viene seguito un preciso protocollo sulla ventilazione non invasiva riguardo (possibili più scelte):	% Totale	% Medicine	% Chirurgie	% PostAcuti	p value
Le indicazioni	0	0	0	0	1,00
La modalità di erogazione (a cicli, in continuo...)	0	0	0	0	1,00
La modalità di sospensione ,	0	0	0	0	1,00
Il monitoraggio clinico e strumentale	0	0	0	0	1,00
Le controindicazioni considerate assolute e quelle relative	0	0	0	0	1,00
Non è presente alcun protocollo	100	100	100	100	0,03
Sarebbe utile secondo lei una procedura operativa per la gestione dei pazienti in ventilazione non invasiva?	% Totale	% Medicine	% Chirurgie	% PostAcuti	p value
Si	100	100	99	100	0,64
No	0	0	1	0	1,00
Quali aspetti dovrebbe trattare (risponda solo se SI alla domanda 15 - possibili più risposte)?	% Totale	% Medicine	% Chirurgie	% PostAcuti	p value
Somministrazione e gestione della ventilazione non invasiva	85	82	93	93	0,55
Monitoraggio	60	61	56	68	0,06
Gestione delle complicanze	68	69	60	79	0,40
Se fossero proposti corsi di formazione, quali argomenti le piacerebbe approfondire?	% Totale	% Medicine	% Chirurgie	% PostAcuti	p value
Modalità di gestione del trattamento di ventilazione non invasiva	85	84	90	82	0,70
Sicurezza	24	25	21	18	0,02
Prevenzione delle complicanze ed eventuale gestione delle stesse	60	61	57	57	0,63
Nessuno	0	0	1	0	1,00
Per i pazienti sottoposti a ventilazione non invasiva, ritiene utile avere una scheda su cui registrare tutte le fasi del trattamento:	% Totale	% Medicine	% Chirurgie	% PostAcuti	p value
Si	86	86	90	82	0,62
No	14	14	10	18	0,03

DISCUSSIONE

La scelta di utilizzare la ventilazione non invasiva nei reparti di degenza ordinaria sembra un fenomeno in aumento, essenzialmente motivato dalla scarsa disponibilità di letti intensivi. Di fatto mancano evidenze sui requisiti necessari per un'applicazione efficace e sicura della NIV nei reparti non intensivi. In particolare non sembra essere stata adeguatamente percepita l'importanza cruciale dell'infermiere di reparto. Nella realtà dei reparti, a nostro avviso, centrale è la preparazione specifica del personale infermieristico e il suo coinvolgimento nella definizione del piano terapeutico.

I risultati presentati evidenziano una differenza fra i reparti Medici e Chirurgici. Nelle Medicine, essendo il medico di reparto responsabile del trattamento NIV, l'infermiere viene più coinvolto nelle decisioni clinico-assistenziali mentre esiste una difficoltà di adesione al piano terapeutico, solo nel 19% dei casi si riesce a portare a termine correttamente la terapia. Nelle Chirurgie invece, essendo l'anestesista coinvolto nel trattamento NIV, vi è meno partecipazione decisionale dell'infermiere mentre vi sono più possibilità di eseguire correttamente la terapia.

Gli infermieri riportano l'impossibilità di monitorizzare in maniera con-

tinua i pazienti e la disomogeneità nella rilevazione dei parametri vitali e dell'esecuzione dell'emogasanalisi, con conseguente impossibilità di cogliere tempestivamente i peggioramenti del paziente. Misure proattive, quali lo sviluppo di un corretto monitoraggio potrebbero essere messe in atto al fine di minimizzare problemi e complicanze.

Questi dati indicano che la NIV è una tecnica non priva di rischi e che è necessaria: la formulazione di protocolli per migliorare il timing dei trattamenti e le tecniche di monitoraggio; la creazione di una scheda di raccolta dati che permetta di analizzare le problematiche cliniche e logistiche e

ne studi i miglioramenti.

Infine, si rileva una vasta richiesta di formazione, verosimilmente indice di un disagio dell'infermiere di reparto di fronte ad un trattamento efficace ma poco noto e della cui potenziale pericolosità è ben cosciente. Abbiamo iniziato ad offrire in alcuni reparti un corso di formazione di 5 ore che analizzi le indicazioni alla ventilazione non invasiva, le controindicazioni e la descrizione dei nostri ventilatori (attraverso una sezione pratica), corso che vorremmo proporre a tutti i reparti non intensivi, ai nuovi assunti e programmare come refresh a cadenza biennale.

LIMITAZIONI DELLO STUDIO

Il nostro studio presenta alcune limitazioni. Lo studio ha avuto luogo in vari stabilimenti ospedalieri con caratteristiche differenti: formazione effettuata, modello organizzativo di assistenza specialistica, frequenza dei trattamenti. I dati presentati riguardano in larga misura la percezione degli infermieri riguardo il tema; il giudizio potrebbe essere stato influenzato da vari fattori, ed in particolare dal clima di reparto o da specifiche realtà di carichi assistenziali. Sebbene non abbiamo valutato l'opinione degli infermieri rispetto all'efficacia della NIV, potrebbe risultare molto interessante un confronto tra la loro percezione e la reale efficacia del trattamento stesso. La stesura del questionario è avvenuta esclusivamente ad opera di infermieri della Rianimazione senza la partecipazione del personale infermieristico dei reparti.

CONCLUSIONI

Questo è un studio che valuta l'opinione degli infermieri dei reparti non intensivi sulla gestione reale della ventilazione non invasiva, ottenuta attraverso un questionario anonimo. I nostri risultati evidenziano la richiesta del personale di potenziare la propria formazione sul tema, di redigere un'istruzione operativa che riassume le varie fasi del trattamento e i relativi monitoraggi strumentali, l'elaborazione di una scheda paziente per la raccolta dati.

BIBLIOGRAFIA

- Cabrini L et al Non-invasive ventilation outside the Intensive Care Unit for acute respiratory failure: the perspective of the general ward nurses. *Minerva Anestesiologica* Agosto 2009
- Antonelli M, Conti G, Buffi M et al. Noninvasive ventilation for treatment of acute respiratory failure in patient undergoing solid organ transplantation: a randomized trial. *AMA* 2000
- Antonelli M, Conti G, Moro Ml et al. Predictors of failure of noninvasive positive pressure ventilation in patients with acute hypoxemic respiratory failure: a multicenter study. *Intensive Care Med* 2000;
- Celli B.R., MacNee W. et al. Standard for the diagnosis and treatment of patient with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *Resp Crit Care* 2003
- Nava S, Carbone G, Di Battista N et al. Non invasive ventilation in cardiogenic pulmonary edema: A multicenter randomized trial. *Resp Crit Care* 2003
- Antro C, Merico F, Urbino R and Gai V. Non-invasive ventilation as a first-line treatment for acute respiratory failure: "real life" experience in the emergency department. *Emerg Med* 2005;
- Appendini L, Patessio A, Zanaboni S, Carone M, Gukov B, Donner CF, Rossi A. Physiologic effects of positive end-expiratory pressure and mask pressure support during exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1994
- Kramer N, Meyer TJ, Meharg J, Cece RD, Hill NS. Randomized, prospective trial of non-invasive positive-pressure ventilation in acute respiratory failure. *Am J Respir Crit Care Med* 1995
- Meduri GU, Turner RE, Abou-Shala N, Wunderink R, Tolley E. Noninvasive positive pressure ventilation via face mask: First-line intervention in patients with acute hypercapnic and hypoxic respiratory failure. *Chest* 1996

• *Trattamento delle lesioni da decubito*

Angela Peghetti

*infermiera esperta in Wound Care
Centro Studi EBHC c/o Azienda
Ospedaliero-Universitaria S.Orsola
Malpighi Bo - Presidente AISLeC*

Mirella Fontana

*infermiera esperta in Wound Care;
Centro Studi EBHC c/o Azienda
Ospedaliero-Universitaria S.Orsola
Malpighi Bo - Delegato Regionale
AISLeC*

La riparazione tissutale è un processo naturale che l'organismo mette in atto attraverso diversi passaggi che generalmente vengono suddivisi in fasi per permetterne una descrizione semplificata. I meccanismi riparativi tuttavia si sovrappongono tra di loro per cui è possibile che di sovente una lesione presenti in contemporanea le diverse fasi di guarigione.

Le fasi possono essere distinte in: emostasi/ infiammazione, proliferazione e riepitelizzazione/rimodellamento¹.

L'**emostasi** è prima risposta al danno al fine di proteggere il corpo da un'eccessiva perdita di sangue e da un'aumentata esposizione alla contaminazione batterica.

L'**infiammazione** o fase infiammatoria corrisponde ad un processo che prepara il letto della lesione per la guarigione mediante il meccanismo fisiologico dell'autolisi. È caratterizzata dalla disintegrazione o liquefazione dei tessuti o cellule per azione dei leucociti e degli enzimi. In questa fase compaiono macrofagi e cellule mononucleate dotate di capacità fagocitica e quindi attive nel ripulire la ferita/lesione dalla fibrina e dai residui cellulari e dai detriti eventualmente depositati.

Fase **proliferativa** si innesca il meccanismo di riempimento e di chiusura del letto della lesione, caratterizzata dalla formazione di una rete di capillari e arteriole, produzione di tessuto connettivo, contrazione dei margini

La **riepitelizzazione**, consiste nella copertura della lesione di neo-epitelio e nella chiusura della lesione stessa. Avviene così la trasformazione del tessuto di granulazione in tessuto cicatriziale le cui caratteristiche sono la scarsa elasticità, la irrorazione ed innervazione ridotta, la modesta epitelizzazione, l'assenza di annessi cutanei. L'epitelio prolifera per scorrimen-



to dai bordi fino a ricoprire la superficie della lesione.

Il **rimodellamento** consiste nella maturazione della lesione, portando alla formazione di una cicatrice solida in circa due settimane. In questo arco di tempo essa si contrae progressivamente per l'azione delle miofibrille. Successivamente intervengono ulteriori trasformazioni che la porteranno nel giro di alcuni mesi ad appiattirsi e a modificare il suo colore assumendo l'aspetto definitivo: la resistenza alla trazione del tessuto cicatriziale recupera fino ad un massimo dell'80%, nelle persone più giovani la resistenza originaria è comunque inferiore a quella dei tessuti non lesionati.

Va inoltre sottolineato il fatto che in presenza di perdita di sostanza, il nuovo tessuto che si forma non riprenderà mai le caratteristiche del tessuto originario in quanto la cavità viene riempita di tessuto connettivo indifferenziato: questo presupposto, comporta che un individuo con anamnesi positiva per lesioni da pressione, indipendentemente dalla valutazione con la scala di Braden, sia da considerare comunque a rischio di sviluppo di nuove lesioni.

Stadiazione delle lesioni da pressione

La valutazione di una lesione da pressione comprende molti aspetti in quanto una singola caratteristica non fornisce i dati necessari per definirne in maniera accurata l'eziologia, l'adeguatezza del trattamento o il monitoraggio della sua evoluzione.

Generalmente le Linee Guida di riferimento, gli studi condotti nel settore e gli esperti consigliano di valutare la sede della lesione, (di solito le sedi più frequenti sono la regione sacrale ed i talloni ma altre sedi sono i gomiti, i trocanteri, le scapole, l'occipite) la profondità, le dimensioni, lo stadio, le condizioni dei margini, la presenza di fistole o di tratti sottominati, le caratteristiche del tessuto necrotico e dell'essudato, i tessuti circostanti, la cute perilesionale, la situazione clinica e psicosociale del paziente, la presenza di infezione e quando la lesione guarisce, le caratteristiche del tessuto di granulazione e della riepitelizzazione. Anche la presenza di dolore rappresenta un aspetto da valutare anche se alcune volte è uno degli aspetti trascurati sia nella fase di valutazione che nella fase di trattamento².

Attualmente la letteratura di riferimento fornisce diverse scale per la va-

lutazione delle lesioni da pressione: le maggiormente utilizzate sono la scala NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) che ci deriva dal contesto statunitense e la scala EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) che ci deriva dal contesto europeo.

Le due scale sono pressoché sovrapponibili, si differenziano sostanzialmente per il fatto che nella scala NPUAP recentemente aggiornata (febbraio 2007), la stadiazione prevede una definizione specifica del sospetto danno dei tessuti profondi e dell'ulcera non stadiabile.

Sospetto Danno dei Tessuti Profondi:

Area localizzata, di color porpora o rosso scuro, di cute integra o vescica a contenuto ematico, secondaria al danno dei tessuti molli sottostanti dovuto a pressione e/o forze di stiramento. L'area potrebbe essere preceduta da tessuto che appare dolente, duro, cedevole, edematoso, più caldo o più freddo quando comparato al tessuto adiacente. Il danno dei tessuti profondi potrebbe essere difficile da individuare nelle persone con pelle scura. L'evoluzione potrebbe includere una sottile vescica su un letto di lesione di colore scuro. La lesione potrebbe evolvere ed essere ricoperta da un'escara sottile. L'evoluzione potrebbe esporre in tempi rapidi ulteriori strati di tessuto anche applicando un trattamento ottimale.

Stadio I: Cute integra con eritema non reversibile alla digito-pressione di un'area localizzata solitamente in corrispondenza di una prominenza cutanea. Nei soggetti con pelle scura il reperimento di questo dato potrebbe essere difficoltoso: andrebbero valutate le modificazioni del colore della cute in corrispondenza delle prominenze ossee in quanto questo potrebbe essere differente dall'area adiacente. L'area potrebbe essere dolente, dura, cedevole, più calda o più fredda quando comparata al tessuto adiacente. Può indicare i soggetti "a rischio" di sviluppare una lesione profonda.

Stadio II: Perdita a spessore parziale del derma con il letto della lesione di color rosso rosa, privo di slough. Potrebbe anche presentarsi sottoforma di una vescica a contenuto sieroso intatta oppure aperta/rotta. Si presenta come un'ulcera superficiale, lucida o asciutta, priva di slough o ematoma in quanto l'ematoma indica un sospetto danno a carico dei tessuti profondi.

Stadio III: Perdita di tessuto a tutto

spessore. Può essere presente slough, che però non nasconde la profondità della perdita tissutale. Potrebbe includere sottominatura e tunnelizzazione. La profondità di un'ulcera da pressione di Stadio III varia a seconda della regione anatomica. Le narici del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto sottocutaneo e l'ulcera di Stadio III può essere superficiale. Al contrario, aree con significativa adiposità possono sviluppare ulcere da pressione di Stadio III estremamente profonde. Ossa tendine non sono visibili o direttamente palpabili.

Stadio IV: Perdita di tessuto a tutto spessore con esposizione di osso, tendine o muscolo. Potrebbero essere presenti slough o escara su alcune parti del fondo della lesione. Spesso include sottominatura e tunnelizzazione. La profondità di un'ulcera da pressione di Stadio IV varia a seconda della regione anatomica. Le narici del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto sottocutaneo, e queste ulcere possono essere superficiali. Le ulcere da pressione di Stadio IV possono estendersi a muscoli e/o strutture di supporto (ad es. fascia, tendine o capsula articolare) rendendo probabile l'osteomielite. Ossa e tendine sono esposti, visibili o direttamente palpabili.

Non Stadiabile: Perdita di tessuto a tutto spessore in cui il fondo dell'ulcera è nascosto da slough (di color giallo, beige, grigiastro, verde o marrone) e/o escara (di color beige, marrone o nero) presenti nel letto della lesione. Fino a quando lo slough e/o l'escara non vengono rimossi esponendo la base dell'ulcera, la reale profondità, e di conseguenza lo stadio, non possono essere determinati. Un'escara stabile (secca, adesa, integra, senza eritema o fluttuazione) localizzata sui talloni ha la funzione di "naturale (biologica) copertura del corpo" e non dovrebbe essere rimossa.

OPZIONI DI TRATTAMENTO

Un trattamento efficace nella cura di una lesione da pressione consiste nella rimozione della causa principale e cioè nella riduzione della pressione a cui sono sottoposti i tessuti. Il danno da pressione infatti è determinato dalle forze applicate al tessuto nel tempo. La sua gravità è proporzionata all'ammontare della pressione insieme al tempo in cui essa è applicata, ciò è controbilanciato alla capacità del tessuto di tollerare il danno. In ogni caso

alcuni studi hanno evidenziato che può generare molto più danno una pressione relativamente bassa ma che si mantiene per un periodo prolungato che una pressione più alta che viene esercitata sulla cute per un breve periodo³.

Il wound care

Per raggiungere una guarigione efficace è necessario ripristinare l'integrità e la funzionalità della cute: va comunque sottolineato che anche favorendo il miglior processo di guarigione, i tessuti neofornati che vanno a riempire la cavità, non potranno mai recuperare le caratteristiche iniziali del tessuto perso a causa del danno.

In ogni caso, da diversi anni è stato provato che il processo di riparazione tissutale è favorito e migliorato dall'utilizzo della "moist wound healing", cioè della guarigione in ambiente umido che si ottiene utilizzando medicazioni che gestiscono gli essudati, mantenendo un ambiente ottimale della ferita⁴.

I passaggi fondamentali del percorso di trattamento sono definiti oggi dalla letteratura come wound bed preparation (preparazione del letto di ferita): il rispetto di questi passaggi permette un approccio strutturato e finalizzato in tutti i passaggi del trattamento delle ferite croniche in generale e delle lesioni da pressione in particolare⁵.

Dopo aver ottemperato alla rimozione della causa è necessario applicare il piano di trattamento che, seguendo i principi della WBP prevede di:

1. rimuovere il tessuto necrotico attraverso un efficace sbrigliamento (debridement),
2. controllare la carica batterica e prevenire o gestire l'infiammazione e l'infezione,
3. gestire i fluidi e l'essudato,
4. aiutare i tessuti per il ripristino dell'integrità cutanea.

Tutti questi passaggi sono assolutamente imprescindibili e si integrano a vicenda per cui, al fine di ottenere una corretta gestione della lesione da pressione, non si può non conoscere l'interdipendenza che essi presentano.

La detersione

Ogni manovra effettuata per medicare l'ulcera, deve essere preceduta dalla detersione o "lavaggio" della lesione stessa.

Questo favorisce la diluizione della carica batterica presente che può essere causa o favorire l'infezione⁶. La detersione della lesione inoltre per-

mette l'eliminazione di detriti metabolici, essudato, tessuto non vitale che si è sbrigliato e residui della vecchia medicazione.

Diversi studi hanno confrontato la detersione della ferita effettuata con soluzione fisiologica, acqua sterile, ringer lattato o acqua potabile e non hanno riscontrato significative differenze nella prevenzione delle infezioni^{7,8}, tuttavia la scelta del tipo di detergente dovrebbe tener conto del setting di cura ed orientarsi, per i pazienti che si trovano in regime di ricovero, verso l'utilizzo di soluzioni sterili che permettono la prevenzione della trasmissione di infezioni crociate.

La detersione deve essere compiuta riducendo al minimo i traumi chimici e meccanici e quindi evitando l'utilizzo di prodotti chimici quali gli antisettici⁹.

Molte Linee Guida internazionali, raccomandano di non utilizzare gli antisettici topici allo scopo di ridurre il numero di batteri presenti nelle lesioni quando le stesse non sono infette¹⁰. Vengono riportati numerosi studi in cui sono stati documentati gli effetti tossici secondari all'esposizione agli antisettici da parte delle cellule delle lesioni in via di guarigione¹¹: alcuni autori descrivono gli antisettici come prodotti chimici altamente reattivi che distruggono in modo indiscriminato le cellule, affermando che è controindicato l'impiego routinario degli stessi per diminuire la carica batterica nelle lesioni da pressione.

Debridement

Il primo approccio per favorire ed ottenere un processo fisiologico di riparazione tissutale deve prevedere la rimozione dell'eventuale tessuto necrotico o devitalizzato. La necrosi infatti blocca o rallenta il processo naturale di guarigione che avviene per scivolamento dallo strato germinativo al di sopra del tessuto vitale o al di sotto del tessuto necrotico se presente. In questo caso avviene un forte rallentamento del processo di riepitelizzazione.

L'area necrotica può presentarsi disidratata ed in questo caso il tessuto che si forma è rappresentato dall'escara secca di colore scuro (escara nera) che in alcuni casi può essere molto tenace ed aderente al tessuto sottostante. In altre situazioni, a seguito di una trasformazione così detta umida, il tessuto necrotico si può presentare colliquo e di colore giallastro: in

questo caso viene definito "slough" (escara gialla). In alcuni rari casi la sovra infezione batterica può scatenare una degenerazione infettiva e la formazione della gangrena.

In ogni caso il tessuto necrotico rappresenta un pabulum per i germi e va quindi rimosso dopo aver attentamente valutato la situazione clinica del paziente, la situazione della lesione e gli obiettivi assistenziali.

La rimozione del tessuto necrotico o debridement può essere effettuato con varie tecniche che il professionista dovrà selezionare sulla base della valutazione del paziente e della ferita, abbiamo quindi:

- debridement chirurgico,
- debridement enzimatico,
- debridement autolitico,

Il **debridement chirurgico**¹²: rimozione del tessuto necrotico attraverso l'uso di bisturi, forbici o di altri strumenti taglienti. I vantaggi di questa tecnica sono l'immediatezza del risultato e la velocità di risposta nei confronti del rischio di infezione.

Il **debridement autolitico**¹³: tecnica che prevede l'utilizzo di medicazioni che creano un ambiente umido quali ad esempio idrogel, idrocolloidi e pellicole di poliuretano, queste medicazioni facilitano l'azione dei fagociti, la detersione spontanea e la formazione di tessuto di granulazione. Non dovrebbe essere utilizzato in caso di lesioni da pressione infette in quanto le medicazioni utilizzate per questo tipo di sbrigliamento possono costituire una medicazione occlusiva.

Il **debridement enzimatico**¹⁴ si avvale dell'utilizzo di enzimi proteolitici quali ad esempio la collagenasi, la fibrinolisin e la papaina-urea può essere selezionato in alternativa allo sbrigliamento autolitico quando lo sbrigliamento chirurgico non trova indicazioni¹⁵. In determinate circostanze tuttavia, il debridement enzimatico potrebbe non essere indicato: per esempio in caso di intolleranza da parte del paziente od in caso di utilizzo contemporaneo di antisettici, metalli pesanti, detergenti e saponi in quanto, l'associazione dei diversi prodotti inibisce l'attività enzimatica.

Controllo della carica batterica

Le lesioni da pressione, al pari di tutte le ferite croniche sono frequentemente e generalmente colonizzate da batteri o funghi: ciò è correlabile al fatto che queste lesioni oltre a permettere

il passaggio di microrganismi a causa del perdurare nel tempo della soluzione di continuo della cute, sono spesso associate ad altri fattori sia locali che sistemici come ad esempio una cattiva circolazione, presenza di ipossia tissutale, malattie del metabolismo o altre comorbilità identificabili anche nei fattori descritti nell'articolo precedentemente pubblicato e relativo alla prevenzione delle lesioni da pressione.

Il trattamento topico delle lesioni con colonizzazione critica e/o infezione: l'uso di antisettici

L'uso di antisettici va riservato alle lesioni che risultano chiaramente infette o contaminate: è importante sottolineare che gli antisettici quando utilizzati devono essere impiegati ottemperando indicazioni quali il tempo di azione e la loro rimozione tramite detersione prima dell'applicazione della medicazione in quanto ad esempio lo iodopovidone interagisce con l'argento. L'impiego degli antibiotici topici è da sempre tema di discussione in quanto a fronte del fatto che non sussistono ad oggi forti evidenze che ne dimostrano l'efficacia, è stato dimostrato che il loro utilizzo indiscriminato causa l'insorgenza di ceppi batterici resistenti, per questo motivo le più recenti linee guida ne sconsigliano l'utilizzo¹⁶. Va comunque specificato che in caso di lesione infetta, il trattamento con antibiotici deve essere effettuato per via sistemica¹⁷.

Infine è importante sottolineare che ad oggi vi è ampia disponibilità di alternative di trattamento in termini di medicazioni specifiche il cui utilizzo, finalizzato ad un corretto trattamento locale garantisce un appropriato trattamento topico.

L'utilizzo delle medicazioni antisettiche

All'interno di questa categoria di prodotti rientrano le medicazioni all'argento, sia a lento rilascio (es. argento ionizzato), che senza rilascio (es. sulfadiazina argentea oppure argento unito a carbone). Queste medicazioni possono essere considerate medicazioni antisettiche, hanno un buono spettro antibatterico ed esplicano un'azione di assorbimento sull'essudato e quindi di detersione¹⁸. In alternativa è possibile utilizzare medicazioni iperosmotiche come ad esempio quelle a base di sodio cloruro al 20% o il cadexomero iodico. Sono poi disponibili medicazioni imbevute di antisettici quali iodopovidone e clo-

rexidina. Anche medicazioni non occlusive come gli alginati, l'idrofibra o i poliaccrilati permettono il controllo della carica batterica con una buona gestione dell'essudato particolarmente abbondante in caso di infezione.

LE MEDICAZIONI

Nella fase di scelta della medicazione da applicare è necessario ricordare le caratteristiche e le funzioni basilari che la stessa deve svolgere e che consistono nel: proteggere la lesione da contaminazioni e traumatismi, fornire compressione in caso di edema o sanguinamento, prevenire la macerazione dei tessuti perilesionali, assorbire l'essudato o sbrigliare i tessuti necrotici. La gestione delle lesioni da pressione, dovrebbe prevedere l'uso di medicazioni in grado di creare un microambiente umido definite comunemente "medicazioni avanzate"¹⁹ in contrapposizione alle "medicazioni tradizionali"²⁰ che utilizzano la modalità dell'essiccamento come tipologia di trattamento topico. Alcuni studi hanno inoltre riportato una riduzione nel dispendio di tempo del professionista sanitario ed un ottimo rapporto costo-efficacia²¹.

Le principali tipologie di medicazioni: **FILM DI POLIURETANO:** pellicole sottili semi occlusive. Sono a seconda delle varie tipologie più o meno resistenti e permeabili ai vapori e all'ossigeno impermeabili ai liquidi. Utili come fissaggio secondario, usati anche per proteggere la cute perilesionale. Proteggono la cute dalle forze di frizione pertanto utili anche nella fase di prevenzione delle ulcere da pressione. Il film in poliuretano essendo impermeabile offre un ottimo isolamento alle ferite durante il bagno o la doccia, o dalla contaminazione dei liquidi corporali. I limiti sono il non potere assorbente ed eventuali danni alla rimozione.

IDROGELI: medicazione idrofila sotto forma di gel, promuovono l'ambiente umido. Contengono alte percentuali di acqua (fino all'80%) e possono idratare lesioni necrotiche stimolando il debridement autolitico per effetto della macerazione provocato dall'acqua. Necessitano di medicazione secondaria di fissaggio.

ENZIMI PROTEOLITICI: crema ad azione detergente sui tessuti necrotici, la loro applicazione provoca la colliquazione del tessuto devitalizzato, favorendo i processi di guarigione. Composte da diversi tipi di enzimi,

con una diversa modalità di aggressione nei confronti dei componenti del tessuto necrotico

IDROCOLLOIDI: medicazioni che mantengono un ambiente umido e assorbono piccole o medie quantità di essudato. Disponibili in placche e paste. In presenza di essudato producono un gel che in alcuni casi può assumere un odore che può far sospettare ad un'infezione. Vengono utilizzate di norma per lesioni di primo e secondo stadio.

SCHIUME DI POLIURETANO: queste medicazioni gestiscono l'essudato da medio ad abbondante. Vengono messe in commercio sotto forma di placche o sagomate per esempio per il sacro o per i talloni, esiste inoltre la versione cavitaria per il riempimento delle lesioni di terzo e quarto stadio o con bordi adesivi. Per le lesioni infette sono disponibili le schiume con argento ad effetto battericida per il controllo della carica batterica.

ALGINATI: fibre in tessuto non tessuto derivate da alghe marine. Prima dell'utilizzo appaiono soffici e lanose, ma a contatto con l'essudato, si trasformano in gel. Sono utili su lesioni piane e cavitare e sono indicate per la gestione di ulcere essudanti in quanto hanno una buona capacità di assorbimento dell'essudato. Quelle contenenti calcio hanno proprietà emostatiche. Non sono medicazioni occlusive. Esiste la versione con argento ad effetto battericida per il controllo della carica batterica. Necessitano di medicazione secondaria di fissaggio.

IDROFIBRE: medicazioni avanzate a base di carbosimetilcellulosa che assorbono consistenti quantità di essudato gelificandosi in modo selettivo. Non occlusive. Esiste anche in questo caso la versione con argento ad effetto battericida per il controllo della carica batterica. Necessitano di medicazione secondaria di fissaggio.

Di seguito vengono riportate le raccomandazioni della "Linea Guida dell'Azienda Ospedaliera di Bologna S.Orsola-Malpighi e dell'Azienda USL di Bologna: Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione. Aggiornata aprile 2010"²².

Queste Linee Guida sono nate allo scopo di fornire agli operatori sanitari che operano nell'Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi e nell'Azienda USL di Bologna, le più aggiornate raccomandazioni,

basate sulle evidenze scientifiche recuperate dalla revisione della letteratura internazionale e sul consenso del team di progetto.

Gli obiettivi che ci si è riproposti di raggiungere riguardano principalmente:

- l'individuazione dei soggetti a rischio di sviluppare LDP,
- la gestione dei soggetti a rischio attraverso l'utilizzo di un adeguato piano di
- prevenzione,
- la corretta valutazione delle LDP quando presenti,
- il corretto trattamento delle LDP,
- la prevenzione delle complicanze correlate alle LDP.

Le linee guida forniscono anche le specifiche indicazioni in relazione ai presidi/ausili, ai materiali ed alle attrezzature messe a disposizione dalle due aziende sanitarie per applicare sia i protocolli di prevenzione che di trattamento.

NOTE:

- 1 Monti M. L'ulcera cutanea. Approccio multidisciplinare alla diagnosi e al trattamento - Springer Verlag 2000 ISBN 9788847000728
- 2 Harding KG et al. Healing chronic wounds. BMJ 2002;321:160-3.
- 3 Registered Nurses' Association of Ontario (2005). Risk assessment and prevention of pressure ulcers. (Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario
- 4 Royal College of Nursing and National Institute for Health and Clinical Excellence The management of pressure ulcers in primary and secondary care: A Clinical Practice Guideline. www.rcn.org.uk/ Final Version June 2005
- 5 www.evidencebasednursing.it Le Linee Guida prevenzione delle lesioni da pressione. Aggiornamento anno 2010
- 6 Ibidem
- 7 Janna Briggs Institute Solutions, techniques and pressure in wound cleansing Best Practice 10(2) 2006 ISSN: 1329-1874 www.joannabriggs.edu.au
- 8 Moore ZEH, Cowman S. Wound cleansing for pressure ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD004983. DOI: 10.1002/14651858.CD004983.pub2.
- 9 Royal College of Nursing and National Institute for Health and Clinical Excellence The management of pressure ulcers in primary and secondary care: A Clinical Practice Guideline. www.rcn.org.uk/ Final Version June 2005
- 10 Registered Nurses Association of Ontario (2002). Assessment and Management of Stage I to IV Pressure Ulcers. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.1
- 11 Moore Z, Cowman S. Reviewing the evidence for selecting cleansing fluids for pressure ulcers. Nurs Times. 2009 Feb 10-16;105(5):22-4. Review.
- 12 European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. London: MEP Ltd, 2004.
- 13 Ibidem
- 14 Ibidem
- 15 Ramundo J, Gray M. Enzymatic wound debridement. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2008 May-Jun;35(3):273-80. Review.
- 16 www.evidencebasednursing.it - Linee Guida prevenzione delle Lesioni da pressione. Aggiornamento anno 2010
- 17 Ibidem
- 18 Rudolph Pet al Studies on the microbiocidal efficacy on wound dressing Hyg Med. 2000;25 (59): 184-86)
- 19 Assobiomedica (2000). Le Medicazioni Avanzate. www.assobiomedica.it
- 20 Fonder MA, Lazarus GS, Cowan DA, Aronson-Cook B, Kohli AR, Mamelak AJ Treating the chronic wound: A practical approach to the care of non-healing wounds and wound care dressings. J Am Acad Dermatol. 2008 Feb;58(2):185-206. Review.
- 21 Ibidem
- 22 www.evidencebasednursing.it

Guida ai livelli di prova e al grado delle raccomandazioni

(Secondo il Sistema Nazionale Linee Guida - SNLG)

Livello delle prove

- I Prove ottenute da più studi controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati.
- II Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato.
- III Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro Metanalisi.
- IV Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso controllo o loro metanalisi.
- V Prove ottenute da studi di casistica senza gruppo di controllo.
- VI Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti o basata su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile delle linee guida.

Forza delle raccomandazioni

- A L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II.
- B Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata.
- C Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento.
- D L'esecuzione della procedura non è raccomandata
- E Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura
- ✓ Migliore pratica raccomandata in base all'esperienza clinica del gruppo di sviluppo della Linea Guida.

LE RACCOMANDAZIONI SUL TRATTAMENTO

QUESITO1:

Come deve essere inquadrato il soggetto portatore di lesioni da pressione?

Raccomandazioni generali

- 1 I soggetti portatori di lesioni da pressione dovrebbero essere sottoposti ad una valutazione globale iniziale che andrebbe ripetuta nel tempo. [C]**
 - 1.1 - Per costruire una check list di valutazione nei singoli setting, dovrebbero essere considerati almeno i seguenti punti: [C]**
 - Stato di salute (es. anamnesi recente e remota e pregressi danni da pressione)

- Segni sistemici di infezione
 - Mobilità
 - Continenza (urinaria e fecale)
 - Presenza di dolore
 - Perfusione sanguigna
 - Terapia farmacologica (compreso l'abuso)
 - Livello di coscienza
 - Stato cognitivo
 - Fattori sociali
 - Monitoraggio della cute al fine di prevenire ulteriori LDP
 - Fattori psicologici
- La valutazione psicologica dovrebbe comprendere:*
- l'accordo
 - le capacità dell'individuo in merito al self care
 - l'umore
 - la motivazione
 - la predisposizione

2 Le regole nutrizionali debbono essere applicate anche nel soggetto con LDP. Vedi capitolo prevenzione. [C]

2.1 - La presenza di LDP richiede un controllo della quota proteica per favorire un bilancio azotato positivo e un adeguato introito in micronutrienti (vitamine, in particolare vitamina C, minerali e Zinco). [B]

2.2 - Il soggetto va incoraggiato ad arricchire la sua alimentazione con supplementi calorici e proteici e controllato nei comportamenti alimentari. [C]

3 La valutazione dei fattori sociali dovrebbe comprendere l'idoneità dell'ambiente domestico, il livello di disponibilità e/o di supporto e il coinvolgimento dei servizi socio-sanitari locali. [C]

4 Le regole di prevenzione di nuove lesioni debbono essere applicate anche nei soggetti con lesioni in atto: vedi capitolo prevenzione. [C]

5 Quando possibile, evitare di posizionare il soggetto sulla lesione. [C]

6 Un piano di cura individualizzato è basato sulla valutazione della lesione, sui fattori di rischio identificati e sugli obiettivi individuati per l'assistito. [✓]

6.1 - Il piano di cura è sviluppato in collaborazione con l'assistito, con i familiari/caregiver e col personale sanitario. [✓]

6.2 - Il piano di cura deve descrivere il tipo di medicazione da applicare ed i tempi di cambio della medicazione stessa. [✓]

6.3 - Il programma di intervento, deciso per la cura di una lesione, di norma deve essere mantenuto per almeno 2/4 settimane. [C]

6.4 - Quando le condizioni del

soggetto o della lesioni peggiorano o migliorano, il programma di trattamento deve essere rivalutato. [C]

- 7 **Richiedere la consulenza di un infermiere esperto in wound care (od un altro professionista esperto in wound care) per suggerire/impostare un appropriato piano di trattamento e per la gestione/management del paziente portatore di lesioni da pressione.** [√]

QUESITO 2:

Come e quando dovrebbe essere valutata una lesione?

Valutazione della lesione

- 8 **Le lesioni da pressione dovrebbero essere sottoposte ad una prima valutazione al momento della loro comparsa o al momento della presa in carico del soggetto. La valutazione deve essere ripetuta nel tempo (rivalutazione).** [C]

8.1 - La rivalutazione della lesione dovrebbe essere eseguita almeno una volta alla settimana, ma potrebbe essere necessario eseguirla più frequentemente a seconda delle condizioni della lesione e/o del risultato della valutazione olistica del soggetto. [C]

Una check list, per la valutazione e descrizione della lesione dovrebbe comprendere e documentare: [C]

- causa della lesione;
- sede/localizzazione (includere ove possibile l'immagine fotografica);
- dimensioni della lesione (le dimensioni della lesione da pressione dovrebbero essere misurate registrando la massima estensione in lunghezza/larghezza/profondità);
- stadio o grado;
- quantità e tipo di essudato;
- segni locali di infezione;
- presenza di dolore;
- aspetto della lesione (presenza di necrosi, slough, tessuto di granulazione, zone di riepitelizzazione, colore, odore, ecc.);
- cute perilesionale;
- tratti sottominati/cavi.

- 9 **Lo stadio e grado della lesione deve essere valutato e registrato utilizzando una scala validata.** [B]

9.1 - Il panel raccomanda l'utilizzo della scala di valutazione EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel). [√]

9.2 - Nella valutazione della lesione da pressione non dovrebbe essere applicata la valutazione attraverso l'inversione di stadio (retrocezione). [√]

9.3 - Ad integrazione della valutazione della perdita di tessuto e per ottenere una migliore pianificazione del piano di trattamento il panel suggerisce l'utilizzo di una scala colore [√]

QUESITO 3:

Quali ausili si sono dimostrati efficaci nel trattamento delle Lesioni da pressione?

Ausili per la gestione del soggetto con lesione

- 10 **I soggetti portatori di lesioni da pressione debbono avere accesso a superfici di supporto che riducano la pressione.** [C]

Attualmente la ricerca non fornisce prove di efficacia conclusive per affermare che una superficie/sistema di supporto sia superiore ad un'altra, il panel suggerisce quindi di applicare le seguenti regole generali:

10.1 - Utilizzare preferibilmente un sistema di supporto statico quando il soggetto può modificare la sua posizione (senza gravare sulla lesione e senza "toccare il fondo della superficie di appoggio") [B]

10.2 - Utilizzare preferibilmente un sistema di supporto dinamico se il soggetto: [B]

- è portatore di lesioni multiple di stadio III o IV in zone diverse del corpo;
- non è in grado di cambiare la sua posizione;
- "tocca" il fondo di un ausilio statico;
- la lesione peggiora o non dimostra segni di miglioramento.

10.3 - Assicurarsi che il peso dell'individuo rientri nel range raccomandato per il sistema di supporto utilizzato: questo deve sostenere il peso corporeo del soggetto in tutte le posizioni senza che si verifichi il "bottoming up". [√]

10.4 - Assicurarsi che il sistema di supporto non innalzi l'individuo ad un'altezza pericolosa, quando rapportata alle spondine del letto, se utilizzate. [√]

- 11 **Quando si posiziona la persona seduta sul letto o sulla sedia favorire l'allineamento posturale, la distribuzione del peso, il bilanciamento, la stabilità e la riduzione della pressione sulla lesione utilizzando idonee superfici antidecubito.** [C]

**TRATTAMENTO DELLA LESIONE
TAPPE PRINCIPALI PER IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA
PRESSIONE**

(Wound Bed Preparation):

- DETERSIONE
- SBRIGLIAMENTO
- MEDICAZIONE

• CONTROLLO DELL'INFEZIONE

QUESITO 4:

Come e quando eseguire la detersione delle lesioni da pressione?

Detersione

- 12 **La lesione generalmente deve essere detersa ad ogni cambio della medicazione.** [√]

- 13 **Detergere la lesione utilizzando un'irrigazione con soluzione fisiologica sterile, acqua sterile o ringer lattato o altro detergente non citotossico.** [B] In condizioni particolari (ad esempio durante le cure igieniche del soggetto), può essere utilizzata l'acqua potabile. La soluzione detergente deve essere riscaldata ad una temperatura intorno ai 30°. [√]

13.1 - Per la detersione deve essere utilizzata una pressione sufficiente per pulire la lesione senza traumatizzarla. [C]

13.2 - Un'efficace pulizia e lo sbrigliamento minimizzano la colonizzazione batterica della lesione. [A]

13.3 - Una lesione pulita dovrebbe mostrare l'inizio del processo di guarigione entro 2 settimane. Se ciò non avviene è opportuno rivalutare complessivamente il piano di trattamento ed anche il grado di adesione ad esso. [C]

- 14 **Per la detersione non è raccomandato l'uso routinario di agenti quali ad es. iodopovidone, ipoclorito di sodio, clorexidina o di soluzioni a base di perossido di idrogeno o acido acetico.** [E]

- 15 **Sulle lesioni da pressione non utilizzare mai agenti colorati come mercurocromo (merobromina), eosina, fuxina fenica (tintura rubra di Castellani), violetto di genziana (cristal violetto).** [E]

QUESITO 5:

Come e quando eseguire lo sbrigliamento delle lesioni da pressione?

Sbrigliamento

- 16 **Il tessuto necrotico va sempre rimosso mediante sbrigliamento, in conformità agli obiettivi individuati per il soggetto.** [√]

16.1 - Selezionare il metodo di sbrigliamento più adeguato rispetto alle condizioni del soggetto e agli obiettivi del trattamento (tipo, quantità e localizzazione dei tessuti necrotici, profondità della lesione e quantità di essudato). [√]

16.2 - La scelta della tecnica di sbrigliamento dovrebbe basarsi su: [C]

- valutazione della lesione (condizioni della lesione)

- valutazione generale della cute perilesionale
- precedente effetto positivo di tecniche di sbrigliamento
- caratteristiche della medicazione/tecnica, indicazioni e controindicazioni per l'uso fornite dal produttore
- rischio di effetti collaterali
- preferenze del soggetto (stile di vita, capacità e comfort)
- obiettivi del trattamento.

16.3 - Le tecniche di sbrigliamento che il panel ritiene applicabili nella nostra realtà sono: [P]

- Sbrigliamento autolitico;
- Sbrigliamento enzimatico;
- Sbrigliamento chirurgico.

16.4 - Lo sbrigliamento chirurgico è indicato: [P]

- quando vi è urgenza di rimuovere il tessuto necrotico;
- in presenza di lesioni profonde;
- in presenza di cellulite nell'area circostante la necrosi o sepsi.

16.5 - Lo sbrigliamento chirurgico deve avvenire con tecnica sterile. [C]

16.6 - In occasione dello sbrigliamento chirurgico controllare il dolore associato a questa tecnica. [√]

17. In caso di lesione secca del calcagno, la necrosi non va rimossa in assenza di: edema, eritema, fluttuazione o secrezione. Programmare una osservazione quotidiana dell'area e qualora questi segni comparissero si deve procedere allo sbrigliamento. [E]

QUESITO 6:

Quali medicazioni utilizzare e con quali caratteristiche?

Scelta della medicazione

18 Utilizzare una medicazione che mantenga umido il fondo della lesione. [A]

18.1 - La medicazione deve inoltre avere le seguenti caratteristiche: [√]

- Mantenere un ambiente umido
- controllare l'essudato mantenendo il letto della lesione umido e la cute circostante asciutta e integra
- fornire l'isolamento termico e mantenere stabile la temperatura della lesione
- proteggere la lesione dalla contaminazione di microrganismi esogeni
- mantenersi integra senza rilasciare fibre né corpi estranei all'interno della lesione
- non causare traumi alla lesione al momento della sua rimozione;
- essere facile da usare ed economica sul piano dei costi e del tempo.

18.2 - La medicazione di routine delle lesioni da pressione non infette può essere effettuata con tecnica pulita e non richiede l'uso di materiale sterile. [√]

19. Attualmente la ricerca non fornisce prove di efficacia conclusive in merito a quale medicazione sia la più efficace nella gestione delle lesioni da pressione. [B]

19.1 - Il panel raccomanda di creare un ambiente di guarigione ottimale avvalendosi come medicazione primaria di: [√]

- Idrocolloidi o idrogel o film o silicone morbido per le lesioni poco essudanti o con escara;
- Idrofibra o schiuma di poliuretano semplice o con strato di contatto al silicone o alginato per le lesioni mediamente o molto essudanti.

19.2 - In presenza di perdita di sostanza è consigliabile riempire lo spazio vuoto con uno zaffo morbido che presenti le stesse caratteristiche indicate al punto 18.1. [C]

19.3 - Le modalità di fissaggio della medicazione primaria devono tener conto dello stato della cute perilesionale e della sede anatomica della lesione. [√]

19.4 - Proteggere le lesioni da pressione da fonti di contaminazione. [√]

19.5 - Le medicazioni dovrebbero essere lasciate in sede per il maggior tempo possibile in rapporto all'andamento clinico e alle specifiche del prodotto. La rimozione frequente può danneggiare il fondo della lesione. [B]

QUESITO 7:

Come fare diagnosi di infezione nelle lesioni da pressione e come gestire le lesioni infette?

Controllo dell'infezione

20 La diagnosi di infezione di una lesione da pressione è clinica. [√]

20.1 - Il sospetto diagnostico di infezione locale si effettua rilevando/valutando la presenza di almeno 2 dei seguenti parametri: [√]

- Dolore
- Arrossamento della cute perilesionale
- Edema dei tessuti perilesionali
- Aumento dell'essudato
- Secrezione purulenta
- Tessuto di granulazione friabile
- Ipergranulazione
- Odore
- Calore
- Nuove aree di slough
- Aumento delle dimensioni della lesione

20.2 - La positività del tampone della lesione **NON** rappresenta un

criterio per sospettare/diagnosticare un'infezione. [√] Per la diagnosi eziologica le tecniche culturali raccomandate sono:

- esame culturale del materiale biotico;
- esame culturale dell'essudato.

21 La medicazione della lesione infetta deve avvenire con tecnica e materiale sterile evitando l'utilizzo di medicazioni occlusive. [√]

22 Il trattamento dell'infezione (anche quando presente biofilm) deve avvenire attraverso la detersione/sbrigliamento della lesione. [A]

23. La somministrazione di antibiotici per via generale deve avvenire quando sono presenti segni di progressione locale dell'infezione o segni clinici di infezione sistemica (ad esempio celluliti, osteomieliti, sepsi, ecc.). [A]

23.1 - Quando presente colonizzazione critica o infezione andrebbe considerato l'utilizzo topico di: [C]

- medicazioni avanzate a base di argento;
- medicazioni non aderenti a base di argento;
- crema a base di sulfadiazina d'argento.

23.2 - Quando si medicano più lesioni di uno stesso soggetto lasciare per ultima la più contaminata. [C]

23.3 - In presenza di secrezione purulenta e/o maleodorante, effettuare la detersione/medicazione con maggiore frequenza e valutare l'opportunità di effettuare con urgenza lo sbrigliamento o la toilette chirurgica. [C]

24 Non è raccomandato l'uso routinario di antisettici per ridurre la carica batterica della lesione. [E] Tuttavia in presenza di colonizzazione critica o infezione e/o biofilm, l'applicazione topica di antisettici a base di iodopovidone, clorexidina, ipoclorito di sodio, detergenti commerciali, andrebbe considerato. [C]

25 Non è raccomandato l'utilizzo topico di: [E]

- garza iodoformica in quanto la sua efficacia clinica non è stata stabilita da solide evidenze;
- antibiotici in quanto inefficaci ed aumentano il rischio di resistenze.

QUESITO 8:

Quali regole adottare per prevenire o controllare il dolore nei soggetti affetti da lesioni da pressione?

Controllo del dolore

26 Le regole di prevenzione/trattamento del dolore debbono essere applicate anche nei soggetti con lesioni in atto (vedi capitolo prevenzione). [✓]

26.1 - Il panel fa proprie le indicazioni del documento di posizionamento dell'European Wound Management Association (EWMA). [✓]

QUESITO 9:

Quali terapie complementari sono efficaci nel trattamento del soggetto portatore di lesioni da pressione?

Terapie complementari

26 L'utilizzo dei raggi infrarossi/ultravioletti, della laserterapia, della terapia iperbarica, degli ultrasuoni, della terapia elettromagnetica, va considerato caso per caso. [C]

27 L'uso di agenti topici di varia natura come ad esempio zucchero, miele, vitamine, aminoacidi, ormoni non è stata stabilita con evidenze certe, pertanto se ne sconsiglia l'uso. [E]

28 Il ricorso alla pressione topica negativa - TNP - va contestualizzato nei casi di presenza di lesioni profonde, molto essudanti e/o con slough valutando caso per caso. Questa tecnica va evitata se non è stato effettuato lo sbrigliamento del tessuto necrotico secco. [C]

QUESITO 10:

Qual è il ruolo della formazione nella prevenzione delle lesioni da pressione e quali sono le informazioni essenziali da trasmettere agli operatori/professionisti/caregiver?

Educazione

30 Si raccomanda di organizzare programmi formativi periodici sulla prevenzione delle lesioni da pressione per tutti gli operatori sanitari. [A]

31 Si deve predisporre un programma di educazione sanitaria per la prevenzione delle lesioni da pressione ai soggetti in grado di comprenderla ed ai loro familiari/caregiver. [A]

QUESITO 11:

Quali sono i principi generali per una corretta implementazione di Linee Guida?

Implementazione

32 Le linee guida possono risultare più efficaci qualora tengano conto del contesto locale (fattori di ostacolo e fattori favorenti) e siano implementate attraverso programmi di educazione e ad-

destramento continuo. [P]

33 Il successo dell'implementazione di una linea guida è favorito da: [✓]

- la pianificazione delle azioni
- la disponibilità di risorse umane e materiali
- la sensibilizzazione di tutti i professionisti coinvolti nel processo di implementazione.
- l'organizzazione di momenti di confronto, discussione e formazione
- la disponibilità di un supporto organizzativo-amministrativo e di strutture adeguate.

34 L'implementazione della Linea Guida dovrebbe essere monitorata (individuando gli indicatori di processo e di esito) e documentata attraverso studi di prevalenza e incidenza, rilevazioni di dati e audit clinici. [✓]

35 In ogni realtà si dovrebbero individuare alcune raccomandazioni da implementare (sulla base ad esempio di uno studio di prevalenza) e i fattori di ostacolo ed i fattori favorenti l'implementazione delle raccomandazioni scelte. [✓]

CONVEGNI - CONGRESSI - CORSI



Corsi e seminari ECM tenuti dal Collegio di Bologna

Aula Collegio:
Via Zaccherini Alvisi 15/I Bo
Corso "Laboratorio di medicina narrativa e scrittura clinica"
Dal 07/02/2011 al 04/03/2011

Collegio IPASVI - Regione Emilia Romagna: XXVI Convegno Regionale "Il team medico - infermiere del dipendente nel dipartimento di Emergenza - Urgenza"
Bologna 10/02/2011
Centro Congressi Emilia Hotel,
Via Zaccherini Alvisi 16

Seminario "Assistenza alle persone fragili"
Bologna 07/03/2011

Corso "Le emozioni e le ragioni dell'assistere"
Dal 08/03/2011 al 17/03/2011

Seminario "Assistenza all'anziano con problematiche comportamentali"
Bologna 09/03/2011

Corso "Rifiuto- diniego dei trattamenti: Direttive anticipate"
Dal 10/03/2011 al 12/03/2011

Seminario "Assistenza all'anziano con problematiche respiratorie"
Bologna 15/03/2011

Corso "Pianificare l'assistenza"
Dal 18/03/2011 al 01/04/2011

Corso "La valutazione degli esiti delle cure infermieristiche"
Bologna 25/03/2011

Corso "il concetto di complessità nell'assistenza..."
Dal 26/03/2011 al 28/03/2011

ALTRI CORSI E CONVEGNI

A.N.I.N. Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze:
Trentacinquesimo Convegno A.N.I.N.
Brescia Università degli Studi,
Viale Europa n. 11
Informazioni:
My Meeting srl
tel.: 051 796971
e-mail: info@mymeetingsrl.com

A.I.Med:
"Tecniche Mininvasive ed Endoscopiche in Chirurgia"
Centro Congressi del Golf Hotel Folgaria (TN)
dal 15 al 20 marzo 2011
Informazioni:
GIMAX srl
tel: 349 7398399
e-mail. segreteria@gimaxcongressi.it

Corso FAD
"RCA - Root Cause Analysis"
Informazioni: www.ipasvi.it

MED I CARE
"Qualità e miglioramento continuo nelle strutture sanitarie. Il governo del sistema azienda: percorsi tecnici e organizzativi per definire, documentare e migliorare la qualità"
Bologna 23-24-25 Febbraio 2011
Informazioni: MED I CARE tel. 0372 33142 - 335 5441348
e-mail:
direzione@medicareformazione.it
www.medicareformazione.it