

professione infermiere umbria

anno IX n.3/08

Spedizione in abb. postale art. 20 lett. C - Legge 662/96 Filiale di Perugia - Periodico di comunicazione interna dei Collegi IPASVI di Perugia e Terni



Collegi IPASVI
Perugia-Terni

10 OTTOBRE 2008
PASSIGNANO SUL TRASIMENO

GIORNATA DI STUDIO
**Il nuovo codice
deontologico**



Federazione Nazionale Collegi Infermieri
Periodico di comunicazione
interna dei Collegi IP.AS.VI.
di Perugia e Terni

anno X n. 3/08

Editore:

Coordinamento Regionale
dei Collegi IP.AS.VI.
di Perugia e Terni

Direttore Responsabile:

Renata Buono

Responsabile di Redazione:

Nora Marinelli

Segreteria di Redazione:

Francesco Cardoni
Serenella Bertini

Comitato di Redazione:

Palmiro Riganelli
Ambra Proietti
Vladimiro Lucidi
Giusti Gian Domenico

Grafica:

Punto Editoriale Assisi (Pg)
punto.editoriale@alice.it

Stampa:

Dimensione Grafica
Spello (Pg)

Questo numero

è stato chiuso in tipografia:
il 5/9/2008

Autorizzazione:

Registrato presso
il Tribunale di Perugia
n. 45 del 24/11/1997

sommario

1 editoriale

DI PALMIRO RIGANELLI

3 ilcollegioinforma IL SOLE 24ORE-SANITÀ

TENERSI INFORMATI

A CURA DI SERENELLA BERTINI

5 L'ANGOLO DEL LIBRO

LA RESPONSABILITÀ DELL'INFERMIERE

A CURA DEL COLLEGIO DI PERUGIA

7 ATTIVITÀ FORMATIVA DEL COLLEGIO DI PERUGIA

A CURA DEL COLLEGIO DI PERUGIA

9 lerubriche

BLOCKNOTES

DISPENS@TORE

DI STIMOLI INFERMIERISTICI

DI GIAN DOMENICO GIUSTI

11 PREVENIRE GLI ERRORI - IMPARARE DAGLI ERRORI

IL LAVAGGIO DELLE MANI

DI MARCO ZUCCONI

17 spazioaperto

CURE INFERMIERISTICHE ALLA PERSONA
CON TRAUMA CRANICO IN AREA CRITICA

DI CRISTINA PICCHETTA

23 IL PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE IN TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE

DI SPONTINI DANIELA

28 ilcollegioinforma GIORNATA DI STUDIO

IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO
DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

COORDINAMENTO COLLEGI DI PERUGIA E TERNI

31 IL CORSO FORMATIVO SULLA GESTIONE DELLE STOMIE

TRACHEOSTOMIA

STOMIE DELL'APPARATO URINARIO

A CURA DEL COLLEGIO DI TERNI

33 FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO GLI APPUNTAMENTI

A CURA DEL COLLEGIO DI TERNI

RECUPERARE LA FIDUCIA DEI CITTADINI

Quando una persona, con un problema di salute, chiede una risposta sanitaria, si viene a trovare in una condizione di oggettiva debolezza. Unita alla condizione di salute, si aggiunge l'apprensione relativa al livello di criticità relazionali e burocratiche, derivanti dal dovere risiedere, anche se solo temporaneamente, in una struttura sanitaria oppure nel dovere richiedere prestazioni assistenziali che incidono a volte anche significativamente sulle proprie abitudini di vita quotidiane, senza essere in grado di potere verificare il livello qualitativo della risposta offerta. Questa persona, che potremmo definire "l'azionista" del sistema, al cui bene dovrebbero tendere tutte le attività sanitarie, troppo spesso si trova, nella condizione di vittima piuttosto che di soggetto privilegiato da tutelare. Un sistema sanitario moderno è necessariamente complesso, per la vastità delle risposte assistenziali che propone, e che in un certo modo hanno contribuito e contribuiscono a migliorare significativamente la qualità della vita delle persone, ma questo sistema, rischia di apparire agli occhi del cittadino qualcosa di diverso, spesso addirittura un nemico da cui difendersi. Da anni si parla di sanità spesso in modo confuso e soprattutto in termini scandalistici, il periodo dei medici senza laurea, quello delle lunghe attese al pronto soccorso, mentre, oggi trovano ampio spazio notizie che riguardano casi di sfruttamento delle modalità di finanziamento per lucrare illeciti guadagni spesso a discapito proprio della salute delle persone assistite, oppure degli "assenteisti o dei fannulloni". Il susseguirsi di fatti che prefigurano, a volte, comportamenti di tipo illecito, stanno portando il cittadino non solo a non avere più fiducia nel sistema ma, addirittura,

ad avere quasi paura di accedere alle strutture sanitarie, paure che si aggiungono a quella di vedere compromesso il proprio stato di salute. Nonostante i notevoli progressi della scienza e della tecnica negli ultimi anni ed i notevoli risultati in termini di miglioramento delle condizioni di salute, il livello di fiducia del cittadino che si rivolge alle strutture sanitarie sembra registrare un andamento in discesa continua. La "credibilità" del sistema che nasceva dal "mettersi nelle mani del dottore" o del "l'ha detto il dottore", come garanzia di assoluta affidabilità del sistema, si è progressivamente sgretolata. Occorre recuperare la fiducia del cittadino attraverso un suo sempre maggiore coinvolgimento diretto, attraverso una comunicazione che deve essere sempre più corretta, senza lasciarla alla discrezionalità e alla buona volontà dei singoli operatori, facendola diventare uno strumento strategico che partendo dall'educazione sanitaria, fornisca al cittadino un orientamento continuo e professionale in grado di metterlo nella migliore condizione di effettuare delle scelte consapevoli rispetto al proprio problema. Le politiche di programmazione sanitaria sembrano, invece, dare sempre più importanza agli aspetti tecnici, cercando sistematicamente di accrescere le potenzialità prerogative degli interventi che presuppongono le conoscenze più evolute e l'impiego delle attrezzature più sofisticate. Questa corsa, spesso esasperata alla grande tecnologia di supporto alle attività sanitarie, non sempre riesce a recepire i veri bisogni dei cittadini, ma soprattutto non permette di mettersi nei "panni" delle persone assistite. Il compito principale di ogni sistema sanitario è innanzitutto quello di garantire

(SEGUE)

editoriale

che chi eroga salute risponda a determinati requisiti di competenza, qualità e affidabilità. Quando una persona si rivolge ad una struttura sanitaria, nella stragrande maggioranza dei casi non è nella condizione di operare delle scelte e quindi deve necessariamente avere fiducia in chi li assiste, fiducia che incide in modo significativo proprio sull'esito delle stesse cure erogate. Quando poi la professionalità e l'onestà di queste ultimi, intesi sia come singoli professionisti sia come sistema, viene messa in discussione da allarmanti notizie spesso conseguenti ad indagini svolte da parte dell'autorità giudiziaria, è evidente che il soggetto avverta un senso di perplessità e di smarrimento completo.

Il cittadino percepisce sempre di più questo pericolo, spesso accresciuto dall'effetto dei mass-media, ma sicuramente reale a cui bisogna prestare attenzione nella gestione della cosa sanitaria se si vuole mantenere il governo del sistema e garantire salute ai cittadini.

Alle problematiche presentate non è possibile offrire risposte univoche ma, queste, vanno articolate in forme diverse per offrire agli operatori e alle organizzazioni punti di riflessione attraverso i quali rivedere e reimpostare rapporti e comportamenti corretti. Non si possono ipotizzare soluzioni a questa situazione con interventi che non siano di tipo integrato e che non coinvolgano tutti gli interessati, cittadini, professionisti, aziende sanitarie, sistemi ordinistici, le organizzazioni sindacali ecc.

Per dare risposte concrete alle incertezze dei cittadini occorre recuperare professionalità e competenze, spendibili ogni giorno nei confronti delle persone assistite, anche attraverso la rivisitazione dei contenuti dei percorsi formativi di base e post base adeguandoli ai nuovi e sempre maggiori bisogni di salute. Tutto il sistema socio sanitario deve essere sempre più in grado di leggere i bisogni di salute dei cittadini e, su questi, costruire processi in grado di produrre risposte adeguate ed efficaci. Occorre migliorare l'accesso alle cure attraverso la definizione di percorsi assistenziali dove chi entra non si senta un oggetto ma si trovi all'interno di un contesto articolato adeguato

ed appropriato al proprio stato di salute. Bisogna quanto prima cercare di recuperare la vera cultura della "centralità" della persona con la definizione di sistemi di comunicazione funzionali ed adeguati alle condizioni di salute delle persone assistite e che non siano solo forme burocratiche o la ricerca del sensazionalismo esasperato.

E sempre più necessario predisporre forme di monitoraggio in grado di coinvolgere non solo tutte le forme di erogazione di prestazioni sanitarie, ma, anche quelle particolari forme, ben più pericolose, di "attenzione" al business salute.

Noi infermieri, da sempre, abbiamo costruito lo sviluppo della nostra professionalità su questi grandi temi, riconoscendoli prima di tutto nel nostro Codice Deontologico, che proprio in questo momento sono oggetto di un grande dibattito professionale, nel tentativo, ambizioso, di renderlo ancora più efficace nella salvaguardia dei diritti del cittadino.

Il Codice Deontologico rappresenta lo strumento che regola lo svolgimento dell'attività professionale a tutela del decoro e del prestigio della professione stessa. Esso contiene i principi etici ai quali l'infermiere deve uniformare il proprio comportamento professionale nei rapporti umani con gli assistiti, in quelli professionali con i colleghi e gli altri operatori sanitari, in quelli di servizio con le istituzioni.

Occorre, ognuno per il proprio ambito di competenza, vigilare sempre più puntualmente su chi esercita una professione importante che deve salvaguardare la salute dei cittadini.

Compito, che spetta istituzionalmente ai Collegi/Ordini Professionali, non semplice, certo è però che per poter svolgere questa funzione importantissima, così fortemente voluta dallo Stato in difesa del diritto da parte del cittadino, ad una risposta assistenziale di qualità appropriata al proprio bisogno, c'è la necessità del contributo di tutti noi.

Ma bisogna anche rendere sempre più evidenti e valorizzare la professionalità e l'onestà dei tanti colleghi che con competenza e grande senso del dovere ogni giorno, superando difficoltà sempre maggiori, assistono le persone facendosi carico dei loro problemi di salute ●

IL SOLE 24 ORE-SANITÀ TENERSI INFORMATI

*Vi proponiamo le notizie più interessanti tratte dal "Il Sole 24 Ore-Sanità".
Per la visione completa degli articoli ci si può rivolgere
alla segreteria del proprio collegio di appartenenza*

ASSENTEISTI: LA CURA DI BRUNETTA

Sanzioni e licenziamento in agguato per il medico che certifica il falso

Pubblico e privato sono alla pari. Perciò in entrambe le realtà vanno perseguiti gli stessi obiettivi di trasparenza, meritocrazia e innovazione.

Il ministro della Funzione pubblica, Renato Brunetta ha proposto un disegno di legge delega, che investe il Governo del compito di emanare, entro nove mesi, uno o più Dlg volti a modificare la disciplina del rapporto di lavoro alle dipendenze delle Pubblica amministrazione a quelle del privato.

Scattano quindi i controlli (anche nei giorni festivi) e misure più severe sulla certificazione medica.

Dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare, recita il decreto, l'assenza dovrà essere giustificata esclusivamente mediante certificazione medica rilasciata da struttura sanitaria pubblica.

Si potranno disporre visite di controllo dalla 8 alle 13 e dalle 14 alle 20, tutti i giorni.

Nel mirino anche il dottore compiacente: "Potrà essere sanzionato o addirittura licenziato il medico che abbia concorso alla falsificazione di documenti attestanti lo stato di malattia o che abbia violati i canoni di ordinaria diligenza nell'accertamento della patologia".

Premi e sanzioni

Sul fronte premi e sanzioni, l'era del riconoscimento del merito "a pioggia" cede il passo a quella della produttività, mentre sarà possibile licenziare il dipendente sottoposto a procedimento penale anche prima della sua eventuale condanna.

Guerra senza quartiere ai fannulloni: licenziamento in agguato per lo scarso rendimento, per falsificazione di attestati di frequenza e appunto in caso di presentazione di certificati medici falsi.

(Il Sole 24 Ore-Sanità, Anno XI, n. 25 giugno 2008)

DECESSO: ACCERTAMENTO AI TECNICI

Al via il nuovo regolamento ministeriale che esclude gli infermieri dall'esecuzione dell'elettroencefalogramma

Sono solo poche righe, ma fondamentali per il destino dei tecnici di neurofisiopatologia.

Cui il nuovo decreto ministeriale dell'11 aprile scorso che aggiorna il regolamento sulle modalità per l'accertamento e la certificazione di morte, affida in via esclusiva "l'esecuzione delle indagini elettroencefalografiche sotto supervisione medica".

L'Eeg

L'ultimo tassello di un lungo percorso cominciato nel 1974 quando il Dpr 225 incluse l'esecuzione dell'esame Eeg fra le attività del nursing.

Poi nel 1994 l'istituzione della figura del tecnico di neurofisiopatologia con il relativo

profilo ha trasferito tale attività dagli infermieri ai tecnici.

Il Consiglio superiore di sanità e il ministero sono scesi in campo prima nel 1996 poi nel 2003 per chiarire tale "passaggio di consegne" stabilendo che solo gli infermieri impegnati nell'esecuzione dell'Eeg prima del 15 marzo 1992 potevano continuare a svolgere tale attività.

Nel 2004 IP.AS.VI. e associazione italiana tecnici di neurofisiopatologia decisero di sottoscrivere un accordo con il Ministero della Sanità.

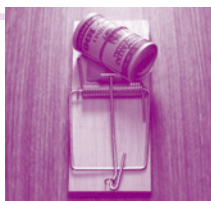
Soluzioni organizzative

Per tentare di imprimere un colpo di acceleratore al trasferimento, confermando l'eccezione per gli infermieri che avevano svolto alla data citata tale attività per almeno tre anni in via continuativa, a tempo pieno e in strutture specifiche si stabilì che il nursing addetto all'Eeg doveva essere gradualmente riassegnato a specifiche competenze.

Alcune regioni, in particolare, l'Emilia Romagna già nel 2004 avevano dato precise indicazioni alle Asl per adeguare gli organici inserendo i tecnici a posto degli infermieri. Tale sostituzione avvenne anche in altre regioni se pure in maniera inferiore mentre trovò scarsa applicazione in Lombardia e Veneto dove tuttora operano 170 infermieri.

Ora le aziende sanitarie dovranno applicare la normativa adeguando gli organici.

La presidente dell'IP.AS.VI. Annalisa Silvestro afferma " Noi



LA MOROSITÀ NEL VERSAMENTO DELLE QUOTE ANNUALI

DI MARIO BERNARDINI

SEGRETERIO COLLEGIO IP.AS.VI. DI PERUGIA

La regolarità del pagamento della quota annuale di iscrizione all'Albo è una delle condizioni essenziali per un bilancio sano; è in quest'ottica che il Consiglio Direttivo del Collegio IP.AS.VI. di Perugia ha deliberato che il mancato pagamento di una annualità e la mancata risposta ai solleciti di pagamento inviati dalla Segreteria nell'anno seguente, siano condizioni perché il professionista debba essere cancellato dall'Albo per morosità.

Quanto sopra, anche nel giusto e doveroso rispetto per quei Colleghi che, puntualmente, rimettono al Collegio l'importo della quota annuale. È naturale che se la lettera di sollecito andrà a buon fine e l'interessato chiude la sua posizione morosa, rimarrà iscritto senza soluzioni di continuità; in caso contrario, come già detto, il Collegio provvederà a emanare delibera di **cancellazione per morosità**, che determinerà l'impossibilità al proseguo dell'attività lavorativa ●

abbiamo date precise indicazioni alla dirigenza infermieristica affinché si sintonizzi su questa direzione ma sappiamo bene quante difficoltà hanno le aziende nel trasferire le funzioni dagli infermieri ai tecnici per questioni di bilancio o problemi di natura economico organizzativa, non certo di carattere professionale.

Come federazione vogliamo assicurare alla nostra dirigenza il pieno sostegno in termini professionali affinché si trovino soluzioni organizzative adeguate per risolvere queste problematiche".

(Il Sole 24 Ore-Sanità, Anno XI, n. 26 luglio 2008)

ADDIO OSPEDALE: PER LE ASL LA SFIDA È IL TERRITORIO

Crescono di più i servizi territoriali ma per risparmiare vanno governati bene

Una svolta dalla Fiaso (Federazione che riunisce aziende sanitarie e ospedaliere) insieme alla Cergas Bocconi, emerge una chiara tendenza: la Sanità italiana non è più ospedalocentrica.

I servizi gestiti e garantiti dalle Asl come peso nell'assistenza e nelle risorse impegnate battono le cure ospedaliere: il 52% contro il 42% tra ricoveri e pronto soccorso.

Questo passaggio di risorse e assistenza va governato con strategie di integrazione

e un migliore impiego delle risorse (dai Mmg alle cosiddette strutture intermedie). Lo spostamento di risorse verso il territorio oltre a ridurre il tasso di ospedalizzazione, fino al 50%, a evitare tanti ricoveri inappropriati che costano cari ai conti del Ssn fa crescere la spesa in modo più controllato o addirittura può anche far risparmiare.

Cure e costi

Il sottosegretario alla salute Ferruccio Fazio ha affermato durante la presentazione del report: "è ormai certo che se si aumentano le cure nel territorio si riducono i costi, noi vorremmo mettere in piedi un servizio di pronto intervento 24 ore su 24, pagato con le risorse derivanti dai minori ricoveri".

C'è tanto da fare per gestire e dirigere meglio questa crescita dei servizi territoriali.

Il territorio è il luogo dove garantire l'assistenza alla gran numero di malati cronici e non autosufficienti che con l'allungamento dell'aspettativa di vita aumenterà sempre di più.

Vedono un ruolo centrale "le cure primarie" e l'assistenza domiciliare integrata (dove intervengono anche specialisti ospedalieri). Con il possibile ricorso alle "strutture intermedie": dalle residenze per anziani a quelle per disabili fino ai centri per la riabilitazione.

(Il Sole 24 Ore-Sanità, Anno XI, n. 28 luglio 2008)

l'angolo del libro...

LA RESPONSABILITÀ DELL'INFERMIERE

A CURA DEL COLLEGIO DI PERUGIA

Come già annunciato in un precedente numero di questa rivista, si ricorda agli iscritti del collegio IP.AS.VI. di Perugia, che hanno la possibilità di acquistare periodici scientifici, testi infermieristici, medico-scientifici e divulgativi usufruendo di sconti dai cataloghi Masson, Carocci Editore, Ambrosiana, McGraw-Hill, Edi Ses, Delfino. Lo sconto è ottenibile esibendo il tesserino d'iscrizione al Collegio IP.AS.VI. di Perugia presso la sede: Multimedia Commissionaria libraria, via Eugubina, 2/c (Pg) Tel. 075-5726874 - Fax 075-5717364.



Il testo

Il tema della *responsabilità professionale* è oggi molto sentito in tutti gli ambito operativi. I profondi cambiamenti che hanno interessato la professione infermieristica negli ultimi anni hanno contribuito, per alcuni aspetti, a ingenerare dubbi e interrogativi sui confini della responsabilità e sul "come muoversi" nella

pratica quotidiana. Questo manuale che vuole essere uno strumento di analisi e riflessione sul percorso giuridico professionale e culturale della figura infermieristica, è rivolto agli studenti dei corsi di laurea in infermieristica, ai professionisti impegnati in percorsi di formazione specialistica e a tutti coloro che intendono approfondire il tema e cercare risposte ai dubbi dell'agire quotidiano. Il tema della responsabilità è trattato nei suoi vari aspetti (civile, penale e disciplinare) e negli ambiti specifici dell'esercizio professionale quali: l'informazione alla persona assistita e ai familiari, la garanzia della corretta applicazione delle procedure diagnostico terapeutiche, la documentazione dell'assistenza, la garanzia di un'assistenza aggiornata.

Gli autori

Giannantonio Barbieri: è avvocato in Bologna, specializzato in diritto sanitario. È responsabile dell'area giuridica del Centro di Formazione Format (Ferrara) e docente ai master universitarie corsi di laurea per le professioni sanitarie.

Annalisa Pennini: dottore magistrale in scienze infermieristiche e sociologa, è specializzata in management dei servizi formativi. È direttore scientifico del centro di formazione Format (Ferrara) e docente ai corsi di laurea in infermieristica e ai master universitari ●

scheda di candidatura

TRIENNIO 2009-2011

A CURA DEI COLLEGI DI PERUGIA E TERNI

Elezioni dei nuovi Consigli direttivi e Collegi dei Revisori dei Conti per il triennio 2009-2011.

UN IMPEGNO IMPORTANTE:

PENSACI

Se vuoi proporre la tua candidatura compila la scheda sottostante e consegnala alla segreteria del tuo Collegio ●

SCHEDA CANDIDATI COLLEGI IP.AS.VI. PROVINCIA DI:

__ L __ SOTTOSCRITT__

SI CANDIDA:
**QUALE MEMBRO DEL
 CONSIGLIO DIRETTIVO**

FIRMA

__ L __ SOTTOSCRITT__

SI CANDIDA
**QUALE MEMBRO DEL
 COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI**


FIRMA

© RITAGLIA E CONSEGNA AL COLLEGIO DI APPARTENENZA

CASSAZIONE: GARZA DIMENTICATA, COLPA D'EQUIPE

“ Il controllo sulla presenza di garze, nell'ambito di operazioni chirurgiche, è mirato a fronteggiare un tipico, ricorrente e grave rischio operatorio: quello di lasciare nel corpo del paziente oggetti estranei. Esso è conseguentemente affidato all'intera equipe”.

Parola di Cassazione (IV sez. penale n. 15282) che ha respinto il ricorso formulato da un chirurgo, un infermiera strumentista e da un assistente di sala che” trascurarono colpevolmente”di estrarre dall'addome di una paziente una pezza chirurgica. Dopo alcuni mesi la donna morì per un infarto intestinale e peritonite e i tre operatori vennero denunciati e successivamente condannati per omicidio colposo.

Ribadisce la Cassazione che tutti i soggetti che intervengono nell'atto operatorio devono partecipare alla verifica di eventuali garze o corpi estranei nel corpo del paziente. In ogni intervento possono verificarsi” imprevedibili contingenze” magari dettate dalla “stanchezza o dalla trascuratezza”dei singoli, ammette la Cassazione, ma gli altri componenti del team devono immediatamente attivarsi e “partecipare alla verifica” oviando ad eventuali errori degli altri. 

(Il Sole 24 Ore-Sanità, Anno XI, n. 22 giugno 2008)

ATTIVITÀ FORMATIVA DEL COLLEGIO DI PERUGIA

**Il Collegio IPAS.VI. di Perugia dal secondo semestre del 2007
stà portando avanti, presso la propria sede, l'organizzazione di due eventi formativi
dal titolo: "L'EBN e la pratica clinica" e "Inglese scientifico di base"**

Il principale obiettivo di questa attività formativa è quello di sviluppare le competenze necessarie a tutti gli operatori sanitari per accedere alle informazioni scientifiche, di valutarne la loro qualità e, conseguentemente, garantire l'implementazione della loro applicazione attraverso pratiche di documentata efficacia nell'attività assistenziale di tutti i giorni.

In questo modo si è voluto dare una opportunità concreta di approfondire particolari ed importanti tematiche professionali come l'assistenza basta sulle evidenze scientifiche e la conoscenza della lingua inglese, con metodologie didattiche attive, difficilmente utilizzabili negli eventi formativi di tipo "congressuale".

Inoltre, non meno importante, abbiamo cercato di avvicinare quanto più possibile gli iscritti al Collegio, rendendo evidente e tangibile una attività che va direttamente nella direzione degli interessi e dei bisogni di crescita professionale degli iscritti.



Allievi e insegnanti Alcuni momenti dei corsi svolti presso i locali del Collegio di Perugia

L'esigenza di questa nuova e diversa organizzazione degli eventi formativi era emersa negli incontri, che a suo tempo, i componenti del Consiglio Direttivo del Collegio dei Revisori dei Conti, hanno svolto nelle varie sedi lavorative degli iscritti. L'utilizzo dei locali del Collegio è stato possibile, anche in virtù della ristrutturazione e riorganizzazione degli spazi interni che ci ha così permesso da una parte il contenimento dei costi e dall'altra di "far vivere il Collegio" ai nostri colleghi.

La tipologia di questi corsi rappresenta una novità nello scenario dell'attività formative del Collegio, i programmi prevedono più giornate formative residenziali per un gruppo di 20 partecipanti ad ogni singolo corso. I corsi sono completamente gratuiti per gli iscritti all'albo e accreditati presso la commissione ECM della Regione Umbria: "Inglese Scientifico di base" (25 ore: 10 crediti ECM); "L'EBN e la pratica clinica" (15 ore: 15 crediti ECM).

Tutti e due i corsi hanno riscosso notevole interesse e grande soddisfazione da par-

OBBLIGARIETÀ DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

DI MARIO BERNARDINI

SEGRETARIO COLLEGIO IPAS.VI. DI PERUGIA



Ci sembra utile ritornare sulla questione, anche se ormai non ci sono più dubbi che possono sostenere tesi contrarie. Infatti, dopo l'emanazione della Legge del 1-2-2006, n. 43:

“Disposizioni in materia di professioni sanitarie Infermieristiche, Ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi Ordini professionali”

non ci possono più essere spazi per interpretazioni diverse. Infatti, all'art. 2.3 della Legge, si legge:

“L'iscrizione all'albo professionale è obbligatoria anche per i pubblici dipendenti ... (omissis)”

Il Decreto in questione determina quindi l'impossibilità dell'esercizio professionale infermieristico, dovunque e comunque prestato, senza l'iscrizione all'Albo; in caso contrario si prevede il reato di abuso professionale. Proprio a questo proposito, il Consiglio Direttivo di Perugia, ha dato mandato alla apposita Commissione di elaborare modalità operative per l'individuazione di coloro che esercitano la professione in carenza del necessario requisito dell'iscrizione.

La Commissione, già al lavoro, presenterà al Consiglio le varie possibilità individuate per far sì che i Collegi, non ancora in regola, possano farlo quanto prima iscrivendosi al Collegio.

Ove ciò non avvenisse, il Collegio intraprenderà specifiche iniziative nei confronti di chi esercita pur essendo nella condizione di abusivismo ●

te dei partecipanti, tanto che abbiamo già concluso due edizioni per ognuno di essi, alle quali hanno aderito complessivamente 80 colleghi.

Quasi tutti gli iscritti hanno completato i vari corsi acquisendo i relativi crediti ECM.

Coerenti con l'impegno a suo tempo assunto, di garantire la ripetizione nel caso in cui si fosse evidenziato l'interesse degli iscritti e viste le numerose richieste di partecipazione pervenute, abbiamo programmato altre due ulteriori nuove edizioni per ogni corso che si svolgeranno nel secondo semestre 2008.

Con queste due nuove edizioni si completata la programmazione di questa attività formativa relativa all'anno 2008.

In questo momento, quindi, le iscrizioni sono chiuse, rimane, comunque, l'impegno a riproporre questo pacchetto formativo anche per l'anno 2009 dandone la dovuta necessaria informazione, nei tempi e nei modi dovuti, a tutti gli iscritti.

Nella speranza di continuare di allargare quanto più possibile le attività rivolte agli iscritti con servizi sempre migliori e sempre più corrispondenti alle loro esigenze professionali anche attraverso la sempre più necessaria collaborazione diretta di tutti i colleghi in attività di promozione e sviluppo della professione infermieristica.

Un ringraziamento particolare a tutti i colleghi e ai docenti che attraverso il loro impegno hanno reso possibile la realizzazione di questo importante momento di “vita” del nostro Collegio.

BLOCKNOTES

DISPENS@TORE DI STIMOLI INFERMIERISTICI

Internet, anche se molto criticato per i contenuti non sempre attendibili e di natura prettamente scientifica, facilita i contatti tra le persone e permette la creazione di un movimento di scambi contatti e interazioni. Le informazioni, e gli studi, possono essere trovate anche utilizzando la rete senza conoscere necessariamente siti specialistici e specializzati nella ricerca.

Yahoo salute

Yahoo salute (<http://it.health.yahoo.net/>), è uno dei portali più "cliccati" della rete da personale non sanitario; all'interno si trovano notizie di carattere generale, interviste, domande degli utenti e risposte da parte di medici ed infermieri. Da un po' di anni esiste il suo omonimo per i professionisti della salute (YahooSaluteProfessionale, disponibile all'indirizzo: http://it.health.yahoo.net/p_default.asp); si occupa di aggiornamento, presenta approfondimenti, tratta i fenomeni sanitari più interessanti.

Per cercare i vari siti specialistici, si può utilizzare Google ed entrare nella *directory salute* (una directory è pensata un po' come una bibliote-

ca, dove vengono archiviati i siti Web in categorie a seconda dell'argomento trattato. Al suo interno ci spostiamo da un menù all'altro scendendo di livello fino a quando non troviamo il sito o la lista di siti che ci interessa), qua sono organizzati in aree tematiche (<http://www.google.it/Top/World/Italiano/Salute/>). È importante sapere che Google

la frase

Il 60% dei medici che arriva a leggere un documento di medicina sul web lo trova attraverso Google

New England Journal of Medicine

non organizza i siti in base all'importanza o alla rilevanza clinica, ma vengono classificati in base ai "click" degli utenti, cioè in base a quante volte vengono visitati, quindi più un sito è consultato più importanza gli è attribuita da questo motore di ricerca (un motore di ricerca è un servizio fornito attraverso un sito web che permette di effettuare ricerche al-

l'interno delle pagine che il motore ha indicizzato e analizzato. Il motore di ricerca basa il proprio funzionamento sull'utilizzo di "parole chiave" che permettono all'utente di specificare gli argomenti da cercare all'interno dei siti).

Google Health

Sempre Google ha creato un servizio dedicato alla salute che prende il nome di Google Health (<http://www.google.com/health>); questo spazio è personale e protetto da password e dà la possibilità ad ogni utente di inserire una propria cartella clinica con i propri dati personali. Possono essere inseriti le malattie che uno ha, i farmaci assunti (un servizio di allerta/promemoria via mail può ricordare alla persona quando deve assumerli), le eventuali allergie a determinati principi attivi, gli interventi chirurgici subiti, gli infortuni (con la possibilità di inserire direttamente la diagnostica eseguita). Questa cartella personale ha il vantaggio di poter essere sempre "portata" dietro dall'utente, ma per essere veramente utile deve essere continuamente aggiornata.

DOMANDA DI RINUNCIA DALL'ALBO PROFESSIONALE

A CURA DEL COLLEGIO DI PERUGIA

Ricordiamo che, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'Albo ai fini dell'esercizio della professione infermieristica (sia in regime di pubblico impiego che di libera professione), la cancellazione dall'Albo comporta la impossibilità di svolgere, a qualunque titolo e in qualunque luogo atti e prestazioni di tipo infermieristico. L'Albo è infatti lo strumento di controllo e vigilanza dello Stato sull'esercizio professionale e con l'iscrizione all'Albo, il Collegio certifica e garantisce, a tutela del Cittadino e delle Strutture Sanitarie, il possesso dei requisiti generali e specifici richiesti per erogare i servizi e prestazioni afferenti all'area di competenza infermieristica. Chi essendo andato in pensione intenda cancellarsi dall'Albo (si ricorda comunque che si può rimanere iscritti) può farlo redigendo richiesta di cancellazione in carta da bollo da € 14,62 consegnandola personalmente o a mezzo raccomandata presso la segreteria del Collegio **entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello a cui si riferisce la richiesta di cancellazione.**

La domanda va compilata **esclusivamente** sull'apposito modulo, disponibile in segreteria o scaricabile dal sito internet www.ipasviperugia.it, osservando le indicazioni in esso contenute.


Si ricorda che la cancellazione sarà possibile **solo dopo l'effettivo collocamento in pensione.**

Le domande che pervenissero oltre la data sopra indicata, non comporteranno la cancellazione per l'anno successivo: pertanto l'iscritto sarà tenuto, anche per l'anno seguente, al pagamento della quota annuale.

(per es.: la domanda di cancellazione che pervenisse il 20 dicembre 2008 comporterebbe la cancellazione a partire dal 1.1.2010 e quindi il pagamento per l'annualità 2009) ●

Tra i siti nati per i professionisti della salute e che risulta molto utilizzato da persone differenti (soprattutto tra i viaggiatori e chi deve spostarsi sia per lavoro che per vacanza) c'è HealthMap (<http://www.healthmap.org/en>). Si tratta di una mappa interattiva, creata da un gruppo di ricercatori del Boston Children's Hospital, dall'Università di Harvard e da Google. Questa mappa ha lo scopo di monitorare le emergenze sanitarie che si verificano a livello mondiale, aggiornandole continuamente in tempo reale. Il sistema raccoglie i dati da 14 fonti (che riassumono informazioni da più di 20 mila siti) ed è in contatto diretto con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms). La ricerca può essere effettuata per malattia, oppure per sintomo e aiutandosi con alcune parole chiave. Un software provvede anche ad eliminare automaticamente gli articoli con informazioni ridondanti.

Questo sito dà la possibilità di monitorare continuamente le epidemie in corso e scoprire in tempo reale quelle emergenti, soprattutto riesce a coprire anche le aree svantaggiate dove i sistemi sanitari più difficilmente riescono ad arrivare con le proprie informazioni.

Utilizzare la rete per essere sempre informati, aiuta ad eliminare un certo "provincialismo professionale", che a volte segue l'infermiere non stimolandolo alla crescita, alla discussione, allo scambio di idee. 

(Indirizzo e-mail dell'autore a cui potersi rivolgere per informazioni: blocknotesumbria@libero.it)

PREVENIRE GLI ERRORI, IMPARARE DAGLI ERRORI

IL LAVAGGIO DELLE MANI

Per secoli il lavaggio delle mani è stato considerato una semplice pratica di igiene personale, anche se a volte raccomandato (ad esempio, nella *Flos medicinae Scholae Salerni* dell'XI secolo è citato "Se vuoi conservarti sano, lavati spesso le mani") mentre l'associazione tra igiene delle mani e insorgenza di malattie infettive è stata dimostrata solo negli ultimi centosessanta anni.

Per noi "addetti ai lavori" la triste vicenda di Ignác Semmelweis è un chiaro esempio di come la storia spesso non lasci insegnamenti sull'imparare dagli errori. Questo medico ungherese nel 1846 venne assunto come assistente del prof. Klin, all'Allgemeines Krankenhaus di Vienna, nella I Divisione della Clinica di maternità.

A quell'epoca una terribile malattia (una sepsi) caratterizzata da dolore, malessere generale e febbre elevata, conosciuta come "febbre puerperale" decimava letteralmente le pazienti ricoverate in quel reparto, così come in altri reparti europei ed americani.

Le stesse donne di Vienna rifiutavano di farsi ricoverare in quella clinica e preferivano partorire per strada piuttosto che esservi ricoverate.

L'ipotesi formulata da Semmelweis per spiegare l'origine della febbre puerperale fu il mancato lavaggio delle mani da parte dei medici e degli studen-

la frase

Il primo requisito di un ospedale dovrebbe essere quello di non far del male ai propri pazienti

FLORENCE NIGHTINGALE

ti in medicina, che frequentavano solo quella clinica, i quali, prima di assistere le partorienti, compivano gli studi di anatomia sui cadaveri.

Infatti nella II Divisione della Clinica, diretta dal prof. Bartch ma frequentata esclusivamente da ostetriche, la mortalità per febbre puerpe-

rale era molto bassa. L'ipotesi di Semmelweis fu confermata quando il suo amico e professore di anatomia Kolletchka morì in seguito ad una involontaria puntura fattasi durante una dissezione, con una serie di segni e sintomi uguali a quelli della febbre puerperale.

Non potendo vedere le "particelle cadaveriche", per cercare di fermarne la diffusione, ipotizzò una sorta di "deodorazione" delle mani, e dispose che medici e studenti si lavassero accuratamente le mani con cloruro di calcio, prima di ogni contatto con le parti intime delle pazienti.

Con l'introduzione di tale pratica obbligatoria la mortalità per febbre puerperale calò drasticamente e si attestò intorno ai valori della clinica diretta dal Prof. Bartch.

Nemmeno le autorità viennesi dell'epoca, che pure si erano rese conto che nella clinica del Prof. Klin la mortalità tra le partorienti era molto più elevata rispetto a quella del Prof. Bartch, seppero dare la giusta importanza alle osser-

vazioni di Semmelweis, che si trovò a fronteggiare l'opposizione della professione medica e il rifiuto della disinfezione delle mani da parte di tutto il personale.

Tutto ciò determinò l'abbandono delle precauzioni introdotte e Semmelweis fu costretto a lasciare Vienna, con la carriera ormai irrimediabilmente compromessa.

Solo i lavori scientifici del 1872 di Robert Koch, del 1879 di Louis Pasteur e del 1883 di Joseph Lister dimostreranno la grandezza delle intuizioni di Semmelweis.

Purtroppo la storia della corretta igiene delle mani continua, iniziata nell'800, non ha ancora dato i risultati sperati, tanto che ancora oggi se ne parla in maniera pressante.

Un'assistenza pulita è un'assistenza più sicura

Spesso le pratiche più semplici ed efficaci, come la corretta igiene delle mani, sono anche le più disattese, a favore di quelle apparentemente più "scientifiche" o più "protettive" dal punto di vista clinico, come l'utilizzo indiscriminato di disinfettanti, oppure l'utilizzo non sempre appropriato di antibiotici a scopo di profilassi.

Queste pratiche non solo non presentano una reale efficacia, ma risultano addirittura dannose, in quanto favoriscono l'insorgenza di ceppi batterici multiresistenti, i quali sono ormai diventati il vero problema nel campo delle infezioni in ambito sanitario, da-

to che anche i più moderni antibiotici spesso non sono su di loro efficaci. Questo problema, sottovalutato per anni, è esploso in tutta la sua drammaticità ed ha posto il mondo scientifico di fronte all'assoluta necessità di intervenire efficacemente, rivalutando le pratiche igieniche di base. Inoltre, solo da tempi recenti le infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) sono riconosciute come una problematica fondamentale che compromette la qualità delle cure mettendo a repentaglio la sicurezza del paziente.

L'impatto a livello mondiale è enorme con milioni di pazienti affetti ogni anno, senza distinzione di livello di sviluppo del paese e della tipologia di sistema sanitario. Il tasso di pazienti infetti si aggira tra il 5 e il 10% dei ricoverati nei paesi industrializzati.

I dati relativi ai paesi in via di sviluppo, anche se limitati, indicano che il rischio di contrarre una ICA è di almeno il 25%, a causa della mancanza di direttive nazionali di prevenzione, della precarietà delle condizioni igieniche e delle infrastrutture, e dell'impatto di altre patologie associate e della malnutrizione.

L'Alleanza Mondiale per la Sicurezza del Paziente, fondata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, nell'ottobre 2005 ha lanciato come prima sfida globale per la sicurezza del paziente il tema delle ICA. Il programma "Global Patient Safety Challenge", con il tema "Clean Care is Safer Care", traducibile come "Un'assisten-

za pulita è un'assistenza più sicura" (o anche "Le cure pulite sono cure più sicure"), è mirato a stabilire le dimensioni del problema in tutto il mondo, con valutazioni globali e relative ad ogni singolo paese, e a ridurre il rischio attraverso interventi preventivi. La promozione dell'igiene delle mani in ambito sanitario, considerata la misura più efficace per prevenire le ICA, è il "core" del progetto, insieme al rafforzamento di altre azioni integrate nei settori della sicurezza delle trasfusioni di sangue, delle iniezioni, delle procedure chirurgiche, delle risorse idriche, dei servizi igienici e dello smaltimento dei rifiuti sanitari.

Le semplici azioni pianificate in queste strategie a basso costo hanno dato prova di essere molto efficaci nel ridurre il carico delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria. L'OMS ha sviluppato linee guida specifiche sull'igiene delle mani: in primis sono stati pensati interventi di carattere organizzativo, volti a favorire il lavaggio delle mani con un prodotto alcolico, che garantisce una pulizia efficace in un tempo ridotto, nonché viene promosso l'accesso frequente ad acqua, sapone e salviette monouso, ed un uso corretto dei guanti. In secondo luogo, si è puntato a formare gli operatori, rendendoli maggiormente consapevoli dell'importanza di queste problematiche e istruendoli a seguire le buone prassi delineate.

Infine, una componente essenziale viene ravvisata nella

creazione di un clima propizio alla sicurezza del paziente e alla qualità delle cure. In Italia nel 2006 il Ministero della Salute, tramite il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), ha promosso e finanziato il progetto interregionale "Prevenzione e controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria" (Progetto INF-OSS). Obiettivo specifico del Progetto è la promozione della prevenzione e della sorveglianza

delle infezioni associate all'assistenza ospedaliera per acuti, ma anche all'assistenza residenziale, domiciliare e ambulatoriale, attraverso l'espansione di una rete tra le Regioni e l'adozione di strumenti comuni. Uno sviluppo del Progetto INF-OSS è rappresentato dalla partecipazione

alla Global Patient Safety Challenge dell'OMS.

Dal marzo 2007 il CCM ha finanziato la campagna "Cure pulite sono cure più sicure" con il progetto "Sicurezza del paziente: il rischio infettivo", coordinato dall'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna (che coordina anche il progetto INF-OSS), della durata prevista di almeno 5 anni.

Hanno aderito alla Campagna nazionale 15 Regioni (Calabria, Campania, Emilia-

Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle D'Aosta e Veneto) e le Province autonome di Trento e Bolzano, con 142 Aziende sanitarie e 50 Unità di Terapia Intensiva coinvolte (UTI, che rappresentano siti pilota). Il numero di operatori sanitari coinvolti, tra medici, infermieri, ostetriche, operatori di supporto all'assistenza, terapisti e tecnici, supera i 10.000.

- Reminder nel luogo di lavoro (tramite poster).
- Clima mirato alla sicurezza del paziente nell'istituzione (partecipazione attiva a livello istituzionale e individuale, consapevolezza individuale/istituzionale della propria capacità di produrre un cambiamento).

L'impatto della Campagna sarà valutato sulla base di alcuni indicatori:

- Compliance/adesione alla corretta igiene delle mani mediante osservazione degli operatori. I dati rilevati saranno utilizzati nell'ambito dei programmi formativi per promuovere il coinvolgimento attivo degli operatori; rappre-

sentiranno anche la base per il confronto prima-dopo.

- Consumo di prodotti alcolici per l'igiene delle mani prima e dopo la fase di implementazione, che rappresenta un indicatore indiretto della frequenza di igiene delle mani.
- Cambiamenti nella percezione del problema e nelle conoscenze relative all'igiene delle mani da parte degli operatori, mediante interviste mirate.

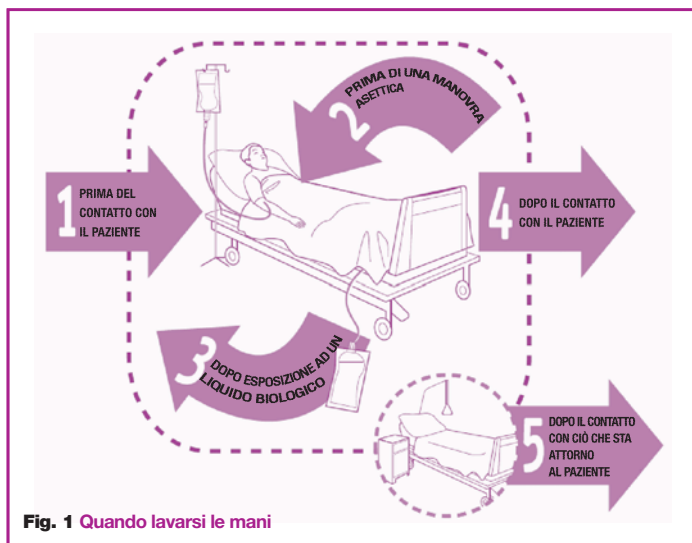


Fig. 1 Quando lavarsi le mani

La Campagna prevede:

- Interventi organizzativi (prodotto alcolico per l'igiene delle mani disponibile al punto di assistenza, accesso continuativo ad acqua, sapone e salviette monouso).
- Addestramento/formazione degli operatori sanitari e degli osservatori.
- Osservazione delle pratiche di igiene delle mani e feedback.



Fig. 2 Lavaggio con soluzione alcolica

- In alcuni ospedali, che hanno già attivato sistemi di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza, verranno rilevati dati utili a valutare il cambiamento dei tassi di infezioni, prima e dopo l'implementazione della strategia di igiene delle mani, soprattutto nelle UTI.

A questo punto appare utile riportare le raccomandazio-

ni OMS contenute nelle linee guida per la corretta igiene delle mani, diffuse dalla Campagna del CCM, del Ministero della Salute, con le categorie di evidenze (Categoria IA: fortemente raccomandate per l'implementazione e supportate da studi sperimentali clinici ed epidemiologici ben disegnati; Categoria IB fortemente raccomandate per l'implementazione e supportate da studi sperimentali clinici ed epidemiologici

gi e da un forte razionale teorico; Categoria IC: richieste per l'implementazione da standard, regolamenti o leggi; Categoria II: suggerite per l'implementazione e supportate da studi clinici o epidemiologici suggestivi o da un razionale teorico o da un panel di esperti).

1) Raccomandazioni specifiche per la Direzione della struttura:

- Accesso ai lavandini e ai mezzi per poter effettuare il lavaggio delle mani (IB).
- Prodotto a base alcolica per frizione delle mani facilmente disponibile al letto del paziente (IA).
- Aderenza all'igiene delle mani come priorità per la struttura, mediante appropriata leadership, un supporto amministrativo e risorse economiche a disposizione (IB).

2) Educazione e motivazione del personale:

- Consapevolezza di quanto le mani si contaminino facilmente e rapidamente durante l'attività assistenziale (II).
- Partecipazione al monitoraggio dell'adesione del personale e alla circolazione delle informazioni (IA).
- Incoraggiamento alla collaborazione del paziente per promuovere l'igiene delle mani (II).

3) Scelta del prodotto a base alcolica:

- Efficacia del prodotto e bassa probabilità di causare irritazione (IB).

- Partecipazione del personale nella scelta del prodotto (IB).
- Dispenser del prodotto a base alcolica disponibili e funzionali (IB).

Nella scelta del prodotto i requisiti di selezione di base sono i seguenti: concentrazione alcolica tra 60 e 70% (per la massima efficacia antisettica); formulazioni che non necessitano di diluizione e scelta del gel rispetto alle soluzioni, poiché queste ultime tendono a gocciolare; presenza di sostanze emollienti ed idratanti; assenza di effetti collaterali per l'uomo e di effetti tossici per l'ambiente; appartenenza alla categoria "infiammabile" e non "altamente infiammabile" (per una maggior sicurezza d'impiego); autorizzazione ministeriale come Presidio Medico Chirurgico; costo, a parità di altre caratteristiche.

4) Cura della pelle:

- Usare creme e lozioni per la cura delle mani, per ridurre il rischio di dermatiti irritative da contatto (IA).
- Il personale che presenta allergie o reazioni avverse dovrebbe usare prodotti alternativi (II).

5) Quando:

- Lavarsi con acqua e sapone quando le mani sono visibilmente sporche o si sospetta una forte esposizione a microbi (IB) o dopo aver utilizzato i servizi igienici (II).
- Usare un prodotto a base alcolica nelle altre situazioni (IA).



Fig. 3 Lavaggio antisettico con acqua e sapone

- Effettuare l'igiene delle mani: prima e dopo il contatto diretto col paziente (IB); dopo il contatto con oggetti posti nelle immediate vicinanze del paziente, inclusi strumenti sanitari (IB); prima di effettuare manovre invasive, indipendentemente dall'impiego dei guanti (IB); dopo il contatto diretto con liquidi biologici, escrezioni, mucose, cute non integra e medicazione di ferita (IA); se ci si sposta da un sito corporeo contaminato ad uno pulito du-

rante l'assistenza al paziente (IB); dopo il contatto con oggetti posti nelle immediate vicinanze del paziente, inclusi strumenti sanitari (IB).

Quando lavarsi le mani?

6) Come:

Le immagini mostrano l'esatta procedura da rispettare (Fig. 1, pag. 13).

Lavaggio con soluzione alcolica

Vedi Fig. 2 a pag. 14.

Lavaggio antisettico con acqua e sapone

Vedi Fig. 3 a pag. 15.

7) Guanti:

- I guanti non sostituiscono la necessità di effettuare l'igiene delle mani (IB).
- I guanti proteggono il personale dai liquidi biologici, dalla cute non integra e dalle mucose (IC).
- Non usare gli stessi guanti per più di un paziente (IB).
- Sostituire i guanti spostandosi da un sito contaminato ad uno pulito sullo stesso paziente (II).
- Non riutilizzare i guanti (IB).


8) Lavaggio delle mani:

- Non portare anelli o gioielli (IB).
- Per asciugarsi usare solo salviette monouso (IB).
- Effettua il lavaggio antisettico o chirurgico prima di indossare i guanti sterili (IB), a seconda della procedura da effettuare.
- Nel lavaggio con acqua e sapone, usare il sapone antisettico per il tempo raccomandato dal produttore (IB).
- Lasciare asciugare perfettamente le mani prima di indossare i guanti (IB).

9) Unghie:

- Non indossare unghie artificiali durante il contatto diretto con il paziente (IA).
- Mantenere le unghie corte, 0,5 cm max (II).

Attraverso la Campagna promossa dal CCM per la prima volta una strategia rigorosa supportata da strumenti di promozione e di valutazione viene messa a disposizione di qualsiasi contesto ospedaliero o sanitario desideroso di migliorare l'igiene delle mani tra il personale sanitario, per la prevenzione e il controllo delle ICA. A poco a poco gli obiettivi cardine della prima sfida mondiale per la sicurezza del paziente si stanno realizzando concretamente, e gli infermieri, attori protagonisti della qualità dell'assistenza ai pazienti, stanno facendo fortemente la loro parte. Anzi, potrebbero anche loro coniare un

proprio motto per ricordare che della lotta alle infezioni ospedaliere "non se ne lavano le mani": *Anche il bene va fatto bene!* 

Per ulteriori approfondimenti

NULAND SHERVIN B., *Il morbo dei dottori. La strana storia di Ignác Semmelweis*, Torino, Edizioni Codice, 2004.

LOUIS-FERDINAND CÉLINE, *Il dottor Semmelweis*, Milano, Adelphi Edizioni, 1975.

COLASANTI P., MARTINI L., RAFFAELE B., VIZIO M. (a cura), *La prevenzione delle infezioni ospedaliere*, Roma, Carocci Faber, 2004.

Associazione Nazionale Infermieri Prevenzione Infezioni Ospedaliere, *Orientamenti ANIPIO*, n. 5, marzo 2003.

Regione Toscana, Centro Gestione Rischio Clinico, "Le mani pulite", da <http://www.sanita.toscana.it/sst/grc/normativa/manibookweb.pdf>.

Regione Emilia Romagna, Agenzia Sanitaria Regionale, "Progetto INF - OSS", da http://asr.regione.emiliaromagna.it/wcm/asr/are_e_di_programma/rischioinfezivo/gr_ist/pr_controlloinf/stpr_infoss/protocollo/progetto_ccm_inf-oss.pdf.

CDC, "Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HIC-PAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force", da <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/r5116.pdf>.

OMS, "Global Patient Safety Challenge", da http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf.

OMS, "Who guidelines on hand hygiene in health care", da http://www.who.int/patientsafety/event_s1/05/HH_en.pdf.

MOBILITÀ

Civilli Ombretta

Cell. 347.6411683
ombretta57@hotmail.it
Foligno (Pg)

da Azienda Perugia
a ASL n. 2 (Assisi) ASL n. 3

Formiconi Letizia

Cell. 335.5361559
formiconi.1@alice.it
Città della Pieve (Pg)

da Azienda Perugia
a ASL n. 7 Siena

Stefanizzi Raffaele

Cell. 338.6524928
rafadolf@gmail.com
Magione (Pg)

da Azienda Perugia
a ASL n. 2 Perugia
ASL n. 1 Taranto
ASL n. 1 Lecce ●

DI CRISTINA PICCHETTA

DOSSIER INFERMIERISTICA

CURE INFERMIERISTICHE ALLA PERSONA CON TRAUMA CRANICO IN AREA CRITICA

ESTRATTO DA TESI DI LAUREA

ABSTRACT

L'articolo tratto da una tesi sull'assistenza infermieristica alla persona con trauma cranico in area critica, ha una prima parte compilativa in cui viene data una definizione di trauma cranico dal punto di vista fisiologico ed epidemiologico; viene poi trattata l'assistenza al traumatizzato cranico dal punto di vista tecnico, in base ad una esperienza di tirocinio in rianimazione nella U.O. S. Maria della Misericordia di Perugia, nel settembre 2007 ed in base alle fonti bibliografiche più recenti. La seconda parte dell'articolo è uno studio qualitativo sulla suddetta assistenza dal punto di vista relazionale, in particolare sul rapporto che si instaura tra infermiere e assistito, in base anche al proprio vissuto personale e alla tipologia del paziente. Si è tentato di dare una oggettività all'osservazione tramite una tabella in cui si distingue tra atteggiamenti automatici e atteggiamenti professionali, incentrati sulle reazioni della persona e dell'infermiere; si è riportato il vissuto personale perché influisce sulla percezione.

Il trauma cranico

Il trauma è un evento lesivo che genera complicanze; per la natura stessa degli eventi che lo creano, spesso si hanno politraumi, ossia lesioni contemporanee a più organi ed apparati. La considerazione più importante da fare in ogni trauma cranico è se la persona abbia subito o meno una lesione cerebrale.

Anche traumi apparentemente lievi possono causare danni anche gravi in seguito all'interruzione del flusso ematico e alla ridotta perfusione cerebrale, in quanto il cervello non è in grado di immagazzinare ossigeno e glucosio in quantità significativa e se l'apporto ematico è interrotto, anche per pochi minuti, si verifica un danno cerebrale irreversibile e morte

cellulare, perché le cellule cerebrali hanno bisogno di un flusso sanguigno ininterrotto per ottenere questi elementi nutritivi. Una degli strumenti più frequentemente usati per quantificare il danno neurologico è la Glasgow Coma Scale o GCS, per cui si parla di trauma lieve, se il punteggio GCS è ≥ 14 . Moderato, per punteggi compresi tra 9 e 13.

Grave, se il punteggio è inferiore od uguale a 8. In base all'epoca di insorgenza le lesioni si distinguono in immediate e tardive.

Lesioni immediate:

- fratture craniche;
- commozione cerebrale;
- contusione/lacerazione cerebrale;
- danno assonale diffuso.

Lesioni tardive:

- emorragie endocraniche (ematoma extradurale, ematoma sottodurale, ematoma intracerebrale) ed edema cerebrale.

Epidemiologia del trauma cranico

Le cause più frequenti del trauma cranico, sono da ricercarsi in incidenti domestici, sul lavoro e stradali, con numeri significativi sia per quanto riguarda il costo in vite umane, invalidità e costi sociali.

Incidenti stradali

Da una ricerca Istat con dati aggiornati al 2005, ogni giorno in Italia si verificano in media 617 incidenti stra-

dali, che causano la morte di 15 persone e il ferimento di 860. Il pedone è certamente l'entità più debole fra le persone coinvolte. Il rischio d'infortunio causato da investimento stradale è particolarmente alto per la popolazione anziana.

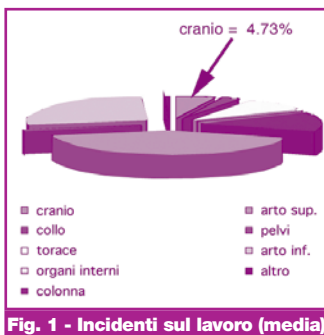
Nel complesso, la fascia più colpita dalle conseguenze degli incidenti stradali è quella tra i 25 e i 29 anni.

Ovviamente si tratta prevalentemente di politraumi, la frequenza del trauma cranico è piuttosto elevata negli investimenti pedonali, negli incidenti in cui sono coinvolti i motorini, quando ci sia un uso non corretto del casco, negli incidenti degli automobilisti con uso scorretto della cintura di sicurezza, nei capottamenti etc.

La natura dei dati non ha permesso il calcolo dell'incidenza del trauma cranico sul numero totale degli infortuni.

Gli incidenti sul lavoro

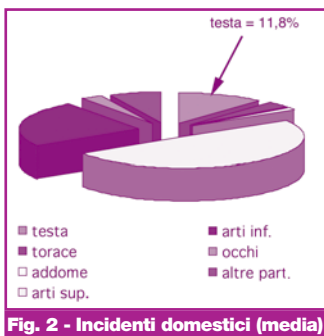
Da una ricerca dell'Inail (l'istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro) aggiornata al 30/4/2006, risulta che gli infortuni e le morti sono prioritari nel settore dell'industria e dei servizi piuttosto che in quello dell'agricoltura e in quello dei dipendenti conto stato. Il trauma cranico ha un'incidenza in totale tra agricoltura ed industria e servizi, del 4.73% il che ci dà un'idea della vastità del problema (Fig. 1).



Incidenti domestici

A partire dagli anni '80, sul tema degli incidenti che colpiscono gli individui all'interno delle mura domestiche, si susseguono rilevazioni sempre più approfondite e, anche nel 1999, nell'ambito dell'indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana", l'Istat ha raccolto una serie di informazioni su questa tipologia di eventi, intervistando circa 60 mila italiani. Il fenomeno riguarda soprattutto le persone che trascorrono più tempo in casa: le donne, gli anziani, ma anche i bambini più piccoli, per i quali gli incidenti domestici rappresentano una rilevante fonte di rischio.

Da una ricerca effettuata dall'ISTAT aggiornata gennaio 2001 risulta sul totale degli incidenti domestici (Fig. 2).



Assistenza al traumatizzato cranico: Aspetto tecnico

I traumi a carico del sistema nervoso centrale, sono pericolosi per la vita. Anche quando non mettano a rischio la sopravvivenza, possono produrre gravi alterazioni fisiche e psichiche e possono alterare profondamente la vita della persona.

Le cure infermieristiche al traumatizzato cranico se appropriate, possono migliorarne la prognosi e devono essere specialistiche, tempestive, continue.

Il paziente critico è caratterizzato da **parametri instabili** o in **rapida evoluzione**, quindi, l'infermiere deve: prendere in carico l'assistito nella sua complessità ed essere in grado di effettuare una monitoraggio efficace, individuare in modo preventivo, quei segni e sintomi che indicano un peggioramento. Dalla mia esperienza di tirocinio nella U.O. di rianimazione dell'Az. Osp. S. Maria Della Misericordia di Perugia, è emerso come l'assistenza sia coerente con le linee guida, con un uso appropriato della tecnologia in dotazione. Di particolare rilievo le schede tecniche: la scheda traumatologica su cui da un lato vengono riportati i traumi a livello cerebrale e della teca cranica e dall'altro al resto dell'apparato scheletrico. Questa scheda rimane nell'unità di degenza insieme alla scheda grafica, che è giornaliera, su cui si registrano i parametri ora-

ri, vi è anche un'apposito spazio per la valutazione neurologica con GCS, che è utilizzata per una prima valutazione in fase acuta e non sostituisce un esame neurologico approfondito. Una valutazione completa e sistematica è di notevole importanza nell'accertamento, consente l'individuazione degli obiettivi e la pianificazione dell'assistenza, che andrà adeguata al variare delle condizioni della persona, quindi la continuità della valutazione è importante, il monitoraggio deve essere continuo; determinati parametri devono essere valutati ogni ora, quali: la pressione arteriosa; si rilevano anche la frequenza, il ritmo, l'alterazione dei complessi (per es. extrasistolia ventricolare) ed altre alterazioni cardiache; la temperatura corporea; i parametri respiratori; la saturazione dell'ossigeno, la pressione venosa centrale.

Vengono inoltre controllati i parametri rilevati dall'emogas, (effettuata ogni 8/12 ore, quali la pressione arteriosa dell'ossigeno, la pressione arteriosa dell'anidride carbonica, la glicemia, e gli elettroliti) ed il bilancio idrico ogni ventiquattro ore.

Assistenza al traumatizzato cranico: *Aspetto relazionale*

I dati che ho raccolto non sono di tipo statistico, per l'esiguità del campione e per la mancanza di un campione di controllo. La tecnica di indagine è l'osservazione diret-



ACCERTAMENTO E CERTIFICAZIONE DI MORTE

COLLEGIO DI PERUGIA

Nella Gazzetta Ufficiale del 12 giugno 2008, n. 136 è stato pubblicato il decreto 11 aprile 2008 recante l'“*Aggiornamento del decreto 22 agosto 1994, n. 582 relativo al regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte*”.

Nell'allegato, al punto 5, relativo al Personale addetto, è espressamente disposto che *l'esecuzione delle indagini elettroencefalografiche deve essere effettuata da tecnici di neurofisiopatologia sotto supervisione medica*. Il dettato della norma rende evidente che l'esecuzione EEG per l'accertamento e la certificazione di morte, è affidato in via esclusiva ai tecnici di Neurofisiopatologia, il cui profilo professionale è stato definito con DM 15 marzo 1995, n. 183.

Ciò stante si **conclude** la fase in cui gli infermieri potevano – “pro-tempore” – svolgere tale attività in base a diversi pareri del Consiglio Superiore di sanità e ad un accordo specifico tra questa Federazione Nazionale Collegi IP.AS.VI., l'AITN e il Ministero della Sanità.

(Federazione Nazionale Collegi IP.AS.VI.) ●

ta. I nomi sono stati cambiati per motivi di privacy.

L'osservazione può essere: non partecipante, il ricercatore, la cui presenza è ignorata dai soggetti osservati, deve rimanere nascosto, per cui solitamente utilizza nel suo lavoro registratori, videocamere, specchi unidirezionali, ...; partecipante coperta: il ricercatore, dopo essere riuscito a farsi accettare come membro del gruppo, prende parte regolarmente alle attività abituali dei soggetti studiati senza rivelare la propria identità ed il proprio scopo ad alcuno; partecipante scoperta, il ricercatore partecipa alla vita della comunità o gruppo in studio rendendo esplicito il proprio scopo e ruolo di studioso a tutti i suoi membri o solo ad alcuni di loro (CARDANO, Ricolfi, 1997).

Le osservazioni effettuate sono state cinque, di queste ne sono state riportate le due che meglio rappresentano l'andamento della relazione infermiere/assistito.

Criteri di osservazione: come momento quello dell'igiene, come tempo 20 minuti, come metodo l'osservazione partecipante scoperta.

Osservazione n. 1

Premessa: ore 9 siamo nell'unità di degenza di Sesto, settantottenne caduto da una scala, ha riportato un trauma cranico con lesione e frattura temporo-parietale, frattura zigomatica ed ha un punteggio GCS di 7. Siamo io e l'infermiera Laura.

Laura distribuisce i compiti mi dice di occuparmi della testa lei farà il resto del corpo [1].

Aspiro con procedura sterile le prime vie aeree, disconnettendolo per pochi attimi dal ventilatore, diventa, rosso, tosse, strizza gli occhi [2].

Cerco di tranquillizzarlo spiegando la procedura [3].

Trovo difficile restare concentrata su ciò che faccio e sull'osservazione. Apre gli occhi io e Laura proviamo a chiamarlo per nome [4], non da alcun segno di percepire; lavo la bocca con il collutorio, stringe i denti, lo riferisco a Laura che su prescrizione medica lo seda [5], con 5ml di propofol in bolo.

Canticchio sottovoce mentre gli faccio la barba [6,7].

Lavo ed asciugo il viso, non si muove. Risistemo il cerotto intorno al SNG ed al tubo ET. Quando lo rigiriamo per il cambio della biancheria non da segno di percepire nulla, c'è solo un po' di tachipnea [8].

Note

[1] Quando si è in due al letto della persona, viene fatta questa distinzione perché l'igiene della testa è complessa, per cui di solito un operatore fa questa e l'altro il resto del corpo; però percepisco Laura molto fredda in questa suddivisione dei compiti: il corpo della persona sembra ridotta ad un oggetto, suddivisa in due parti sopra e sotto.

[2] Mi chiedo se Sesto possa percepire dolore. Lau-

ra non da a vedere di preoccuparsi della reazione della persona, come se rientrasse nella norma degli stimoli dolorosi sopportabili, fa una valutazione automatica.

[3] Laura non dice nulla. Mi ritrovo a riflettere se il mondo interiore di Sesto esista ancora e se riesca a percepire qualcosa, nonostante l'impossibilità a trovare risposta a queste riflessioni.

[4] Valutazione al letto del paziente in base alla sue risposte neurologiche. Delusione derivante dalla mancata risposta e dalla relativa negazione delle nostre aspettative sul possibile miglioramento di Sesto.

[5] Valutazione delle reazioni del paziente. Laura percepisce la necessità di controllo del dolore, anche se sembra solo ai fini operativi.

[6] Ho un atteggiamento giudicabile poco professionale, Laura non lo percepisce, non commenta, come se stesse agendo meccanicamente.

[7] Mi viene istintivo comportarmi come farei con un lattante il cui cervello non è ancora pienamente sviluppato.

[8] Mi soffermo di nuovo a riflettere sulla sua capacità di percepire, benché la sua dovrebbe essere una risposta puramente neurovegetativa.

GRIGLIA DI LETTURA

Atteggiamento automatico: la persona come oggetto	Si veda punto 1,2,3 e 6.
Valutazione basata sulle reazioni: la persona come soggetto	Si veda punto 4,5.

Vissuto personale

Mi colpisce molto la condizione, di solitudine di Sesto, lo sento un'isola solitaria, reagisce solo a stimoli dolorosi. La solitudine è per me una delle condizioni più drammatiche per l'essere umano.

La persona in coma è ancora più isolata, più debole...e l'osservazione risente di questa mia sensibilità nei confronti della solitudine, infatti mi preoccupa spesso, per lenire la sensazione di isolamento, se la persona possa avere percezioni.

Conclusioni

L'atteggiamento di Laura sembra dimostrare un disinteresse per le possibili percezioni di Sesto, proprio in quanto possibili e non dimostrabili. Invece quando le reazioni di lui sono scientificamente valutabili, Laura le prende immediatamente in considerazione, soprattutto se sono tali da interferire con il nostro prendersi cura di lui.

Osservazione n. 5

Premessa: ore 9.00 ci sono: l'infermiera Mara, e l'infermiera tirocinante Lucia, nell'unità di degenza di Luca, in trentenne con trauma cranico, in agitazione psico-motoria, per questo in contenzione, svez-zato dal ventilatore il pomeriggio precedente all'osservazione, in terapia con Propofol a 3ml/h.

Mara divide i compiti, lei si occuperà della testa, la tirocinante del resto. Mara aspira le secrezioni dalla bocca, Luca si contorce nonostante la contenzione. L'infermiera gli spiega [1] che sta facendo l'igiene e che aspirerà e pulirà la bocca.

Luca chiede dove si trovi, Mara gli dice che ha avuto un piccolo incidente, che è caduto da cavallo e che ora si trova nel reparto di rianimazione dell'ospedale Silvestrini [2].

Lui non ricorda nulla e vuole andare a casa [3].

Mara gli risponde che benché ora stia meglio, non può però andare a casa. Luca ha freddo, trema, chiede di essere coperto perché "se no si stempera". Lucia e Mara ridono per il termine usato [4], gli dicono che ora lo copriranno. Lui è confuso, dice: "che mi fate?", Mara gli spiega che gli sta ancora pulendo la bocca, "non mi mordere eh?" ridono tutti, anche Luca [5] che promette di non morderla. Lucia ha appena finito l'igiene inguinale e lo ricopre con un lenzuolo [6].

Mara gli dice che adesso lo slegherà, che ha dei tubi e degli aghi inseriti dentro di lui,

e che se cercherà di toglierli non solo si farà male, ma bisognerà rimetterli.

Lui promette di non muoversi, lei lo slega e raccomanda a Lucia di tenerlo d'occhio. Lo girano su un fianco e iniziano a lavargli la schiena, Luca fa un movimento improvviso, si strattona il SNG, arrivo per prima a fermarlo. Mara lo rimprovera "avevi promesso", Luca risponde che non riesce a star fermo neanche legato, ridono tutti di nuovo. Mara dice che purtroppo sarà necessario legarlo di nuovo, vista la possibilità elevata di arrecarsi danno [7].

Mentre gli asciuga la schiena, Mara gli chiede che lavoro faccia, lui risponde che fa il camionista. "Sei sposato?", "sì". Mara sorridendo gli dice che ha conosciuto sua moglie. Lucia meravigliata, chiede a Mara perché gli fa le domande se conosce già le risposte. Perdere se mi capisce e quanto ricorda, risponde Mara [8].

Entra un medico, chiede come sta, Mara gli dice che risponde alle domande ma non ricorda niente dell'incidente, il medico dice: "bene" ed esce [9].

Mentre cambiano la biancheria, Luca si contorce e trema, è confuso, Mara cerca di calmarlo dicendogli di stare tranquillo e che va tutto bene. Luca continua a muoversi, Mara con un tono un po' aspro e spazientito gli dice che deve stare calmo: "hai battuto la testa, non un ginocchio!". "Devi stare qualche giorno in osservazione" [10].

Ora finiscono di cambiare la biancheria e preparano il ne-

cessario per la contenzione. Mara osserva attentamente Luca per capire se arrivi con le gambe al catetere vescicale, vede che il movimento delle gambe non interferisce con il catetere e decide di legare solo le mani [11].

Note

- [1] Mara spiega la manovra solo quando si rende conto che Luca è cosciente, nonostante non siamo in grado di stabilire scientificamente, cosa e quanto percepisca la persona quando è seduta.
- [2] Tentativo di far orientare Luca e di diminuirne l'ansia tramite informazioni appropriate.
- [3] La sua ansia non diminuisce, sono in pena per lui.
- [4] Luca è solo nelle sue paure, non riesce a partecipare al gioco, la risata degli operatori è istintiva, ma lo innervosisce ancora di più, perché non ne capisce il motivo.
- [5] Mara questa volta riesce a renderlo partecipe, Luca si rilassa un po'.
- [6] C'è attenzione al pudore della persona.
- [7] Valutazione basata sulla necessità di tutelare Luca affinché non si ferisca. Mi si stringe il cuore, ma mi rendo conto che se non lo legano finirà col farsi del male.
- [8] Valutazione delle condizioni neurologiche della persona.

- [9] È importante non agire in modo automatico, perché passando molto tempo nell'unità di degenza, dobbiamo renderci conto di segni e sintomi importanti da riferire al medico.
- [10] Mara, si spazientisce un po', in modo umanamente comprensibile, ma poco professionale.
- [11] Valutazione della necessità della contenzione, in modo attento e nell'interesse della persona.

GRIGLIA DI LETTURA

Atteggiamento automatico: la persona come oggetto	Si veda punto 1,4,10.
Atteggiamento basato sull'umanizzazione dell'assistenza: la persona come soggetto	Si veda punto 2,5,6,7, 8,9,11

Vissuto personale

Sono molto sensibile all'ansia della persona perché lo rende vulnerabile ed isolato, in quanto l'ansia crea una barriera comunicativa, solo se l'infermiere riesce a farsene carico con le giuste informazioni, può riuscire a disinnescarla. In questo caso era più difficile attuare questo processo a causa della confusione della persona.

Conclusioni

Non è un caso particolarmente difficoltoso, tranne per quanto riguarda l'agitazione della persona dovuta al trauma. Luca è giovane e cosciente, probabilmente per questo gli atteggiamenti automatici sono molto pochi, l'infermiere è brava nella relazione, coinvolgendolo per quanto il suo stato di confusione lo consenta.

Riflessioni conclusive e generali

Il trauma cranico richiede: elevata capacità di problem solving, un'alta competenza assistenziale, conoscenze specifiche, tempestività.

Dal punto di vista relazionale: sarebbe utile approfondire nel percorso di studi le tecniche della relazione d'aiuto, che aumentando la consapevolezza sulle dinamiche di relazione, potrebbe evitare maggiormente gli atteggiamenti automatici; che sono più presenti, quando l'età della persona è elevata, quando non è cosciente e manifesta gravi alterazioni del sensorio. In generale però, nei casi in cui siano utilizzabili strumenti di valutazione (come per il dolore nelle persone reattive), essi sono stati sempre usati dagli infermieri in queste cinque osservazioni, in cui si è rilevato quanto l'attenzione sia sempre sulla persona, mai solo sulla tecnologia. Sarebbe interessante poter improntare uno studio di tipo quantitativo, impiegando più risorse, per poter vedere la frequenza di questi atteggiamenti.

Bibliografia

- BRUNNER, SUDDARTH, *Nursing Medico Chirurgico*, vol. 2. Ambrosiana Ed., Milano 2005.
- COLOMBO C., PALETTO A.E., MAGGI G., MASENTI E., MASSAIOLI N., *Trattato di Chirurgia*, Minerva Medica Ed., Torino 2001.
- CRAVEN R.F., HIRNLE C.J., *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*, Ambrosiana Ed. Milano 2002.
- D'AMICO D.F., *Manuale di chirurgia*, McGraw - Hill Ed., Milano 2000.
- Intensive Care Med* (2005) 1: 66-69 Ed. Italiana Pressione intracranica, G. CITERIO P.J.D. ANDREWS.
- KUMAR, COTRAN, ROBBINS, *Anatomia patologica*, Emsi Ed., Roma 2005.
- MARTINI, TIMMONS, TALLITSCH, *Anatomia Umana*, Edises Ed., Napoli 2000-2004.
- PERIS A., *Emergenze*, Uses Ed., Firenze 1991.
- ROMANO E., *"Anestesia" I principi e le tecniche*, Utet Ed. Torino 1991.
- Salute e territorio*, Rivista bimestrale, Delfino V: La comunicazione paziente infermiere.

Sitografia

- www.aann.org
American Association of Neuroscience Nurses, *Guide to the Care of the Patient with Intracranial Pressure Monitoring*.
- www.aniarti.it
L'Infermiere in Area Critica, 24° Congresso nazionale, ottobre 2005. Il concetto di Area Critica a vent'anni dalla sua ideazione, BENETTON M.-DRIGO E.
- www.istat.it
Incidenti domestici, statistiche in breve, 24 gennaio 2001.
- www.istat.it
Incidenti stradali, statistiche in breve, anno 2003. Studio in collaborazione con Automobile Club d'Italia.
- www.scedu.unibo.it
Scienze Educazione Guerzoni G. Introduzione al metodo dell'Osservazione partecipante, gennaio 2003.
- www.svil.inail.it
Pubblicazioni e riviste, rapporto annuale 2005.



DI SPONTINA DANIELA

DOTT. IN INFERMIERISTICA

IL PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE IN TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE (TAO)

ESTRATTO DA TESI DI LAUREA

ABSTRACT

Nella ricerca è stata esplorata la fattibilità di un nuovo modello organizzativo di controllo della terapia anticoagulante orale (TAO) basato sull'attivazione di centri di controllo presso i diversi Centri di Salute della ASL n. 2, di Perugia, della Regione Umbria. L'obiettivo è stato raggiunto mediante la costruzione di un percorso assistenziale in cui il ruolo dell'infermiere è fondamentale nell'interazione con il paziente ed il medico, fornendo una nuova prospettiva da cui affrontare la problematica della TAO. Tendenzialmente questa problematica, comune a molti "utenti", è spesso analizzata ed osservata sotto il punto di vista dell'aspetto clinico mentre nella ricerca si è puntualizzato la prospettiva del paziente cercando di fotografare l'intervento infermieristico quale competenza trasversale in un percorso non propriamente definito. Infatti è stato descritto un percorso assistenziale interaziendale per un paziente che deve sottoporsi a TAO.

PAROLE CHIAVE

Azienda, utente-paziente, percorso assistenziale

Introduzione

La terapia anticoagulante orale (TAO) viene utilizzata in un crescente numero di pazienti per prevenire le patologie cardioemboliche. In considerazione del fatto che il numero dei pazienti sottoposti a tale terapia aumenta progressivamente nel tempo, per l'incremento dell'incidenza di patologie cardiache a rischio di complicanze trombotiche, come la fibrillazione atriale cronica, aumentano sempre più i problemi organizzativi legati al controllo della terapia anticoagulante. Infatti, come è noto, la TAO necessita di un continuo e periodico controllo del test di la-

boratorio INR per poter individuare il dosaggio personalizzato di anticoagulante orale da somministrare ad ogni singolo paziente. Questi controlli fino a pochi anni fa venivano centralizzati presso pochi centri collocati presso i principali Ospedali dell'Italia. L'aumento esponenziale dei pazienti in TAO ha messo in crisi questo sistema di controllo della TAO ed ha indotto la ricerca di nuovi modelli organizzativi con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita dei pazienti anticoagulati periferizzando il più possibile le sedi di controllo della TAO, e insieme di ridurre la distanza tra la residenza del paziente anticoagulato e la sede del Cen-

tro, ridurre i tempi di attesa per ogni singolo controllo soprattutto in considerazione del fatto che sempre più numerosi sono i pazienti anticoagulati particolarmente anziani. Peraltro questo aumento del numero dei Centri che effettuano il controllo della TAO deve avvenire senza incidere sulla qualità del controllo stesso che ha sempre costituito il punto di forza del sistema centralizzato di controllo della TAO presso poche strutture opedaliere.

Obiettivo dello studio

Obiettivo principale della ricerca è stato di esplorare la fattibilità di un nuovo model-

roma

PRESENTATA AL "SANIT 2008"

ILISI

È stata presentata ufficialmente al Sanit 2008, il Salone ufficiale della Sanità che tratta tematiche di politica sanitaria e tecnico-scientifiche, che si tiene ogni anno a Roma, **ILISI** (Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche). ILISI è una Banca dati bibliografica, che ha l'obiettivo di la valorizzazione la letteratura infermieristica attraverso lo strumento informatico. ILISI offre la possibilità di ricercare e consultare le schede bibliografiche degli articoli pubblicati nelle principali riviste infermieristiche e d'interesse infermieristico in Italia attraverso una ricerca per categorie, per keywords o per parole libere. Questo servizio è messo a disposizione dal servizio bibliotecario del Collegio IP.AS.VI. di Roma (disponibile all'indirizzo internet: <http://www.ipasvi.roma.it/ita/ilisi/>), e rappresenta una straordinaria opportunità di aggiornamento e di confronto per tutti gli infermieri e per gli studenti sia dei corsi di laurea che dei corsi specialistici. La banca dati è in continuo aggiornamento, le riviste recensite sono le più importanti del panorama nazionale e quelle inserite ad oggi sono:

- AICO. Organo ufficiale dell'associazione italiana infermieri di camera operatoria;
- Assistenza infermieristica e ricerca;
- Bioetica;
- Dalla parte dell'infermiere;
- Difesa sociale;
- Educazione sanitaria e promozione della salute;
- Emergency oggi;
- Giornale italiano delle infezioni ospedaliere;
- Giornale italiano di scienze infermieristiche;
- Infermiere oggi;
- International nursing perspectives;
- L'arco di Giano;
- La rivista di cure palliative;
- Management infermieristico;
- Mecosan;
- Medicina e morale;
- Mondo sanitario;
- NEU;
- Nursing oggi;
- Obiettivo professione infermieristica;
- Organizzazione sanitaria;
- Professioni infermieristiche;
- Rischio sanità;
- Rivista di diritto delle professioni sanitarie;
- Scenario;
- Tecnica ospedaliera ●

lo organizzativo di controllo della TAO basato sull'attivazione di Centri di controllo presso i diversi Centri di Salute della ASL n. 2, di Perugia, della Regione Umbria. Caratteristica fondamentale di questo nuovo sistema organizzativo è costituita dal collegamento telematico tra i diversi Centri Salute ed il Centro di Sorveglianza per la TAO, posizionato presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia.

Infatti per poter conciliare le due esigenze, apparentemente in contrasto tra loro, (periferizzazione del controllo della terapia anticoagulante orale e mantenimento di un elevato standard della qualità del controllo) si è sperimentato questo nuovo modello organizzativo che prevede l'effettuazione del prelievo ed il dosaggio dell'INR presso i Centri di Salute, ove il paziente si reca e viene gestito dall'infermiere del Centro, e l'invio del risultato del test al Centro di Sorveglianza, tramite collegamento telematico, ove un Medico, con l'ausilio di un programma computerizzato, preparerà il programma di terapia che verrà inviato di nuovo, sempre per via telematica, al Centro di Salute ove l'infermiere consegnerà al paziente la posologia della terapia anticoagulante.

I vantaggi di questo sistema di controllo della terapia anticoagulante sono quelli appena elencati. Gli svantaggi teorici invece derivano dal fatto che il medico non viene a contatto direttamente con il paziente e pertanto non è in

grado né di registrare eventuali nuovi eventi clinici, né di visitare il paziente. Questo fatto potrebbe influenzare sia la corretta gestione della terapia anticoagulante che perdere alcuni dati clinici inerenti gli insuccessi e le complicanze della terapia anticoagulante da utilizzare per studi epidemiologici.

Un possibile modo per superare le limitazioni di questo tipo di gestione della terapia anticoagulante potrebbe essere di addestrare degli Infermieri Specialisti che possano effettuare non solo il prelievo ed il dosaggio dell'INR ma anche partecipare alla raccolta dei dati clinici del paziente in modo da interagire con il medico del Centro di Sorveglianza per una ottimale gestione globale del paziente in terapia anticoagulante orale.

Obiettivo secondaria della ricerca è di verificare come questo modello organizzativo possa assicurare una continuità della risposta assistenziale tra le diverse strutture sanitarie che si occupano dei pazienti in TAO.

Una particolare attenzione è stata rivolta al ruolo chiave rivestito dall'infermiere nella realizzazione di tale processo assistenziale.

Materiali e metodi

La realizzazione del percorso assistenziale del paziente in TAO è stata ottenuta applicando le norme generali della costruzione del *Percorso assistenziale del paziente*.

Infatti Il *Percorso assistenziale del paziente* è un approc-

cio metodologico per la ricostruzione ed analisi del percorso del paziente da utilizzare per la riprogettazione del percorso stesso, con la finalità di renderlo più efficiente sia dalla prospettiva del paziente che da quella organizzativa, oltre che più appropriato ed efficace dal punto di vista clinico.

Così inteso rappresenta uno strumento per leggere trasversalmente l'azienda e per ridisegnare i processi di questa in una logica di miglioramento incrementale e continuo: l'esame della relazione cliente-fornitore permette di conoscere le attività critiche che rendono il processo lento e ridondante.

La metodologia di lavoro dei *Percorsi* comporta una fase di disegno e una di analisi/riprogettazione del percorso stesso. Nella prima fase di disegno del percorso si tratta di definire il problema di salute, identificare i criteri di inclusione/ingresso e quelli di uscita o conclusione del processo di cura, descrivere e rappresentare graficamente nella loro sequenza logica gli episodi/fasi del percorso, cioè l'insieme delle attività fra loro logicamente o ordinate rispetto al fattore tempo e alle risorse impiegate; successivamente viene attivato un primo momento di rilevazione del percorso effettivo medio (ciò che si fa), utilizzando appositi strumenti di raccolta dati dei percorsi reali dei singoli pazienti. La prima fase dell'approccio comporta quindi l'individuazione delle attività che compongono il percorso complessivo; tali attività concorrono alla risoluzione di un bi-

sogno ed hanno diversa natura (clinica, assistenziale, sociale ambientale). Si può osservare come le attività sono combinate, come l'organizzazione le rende disponibili, con l'integrazione delle diverse figure, in quali tempi e in quali luoghi. La fase di analisi procede poi con il confronto fra professionisti per l'individuazione di variabilità e disomogeneità, elementi di inappropriata, significative irrazionalità dei costi, distorsioni organizzative, disagi per i malati etc... Da questo si procede ad una riprogettazione di un percorso di riferimento (il miglior percorso possibile qui ed ora) che viene sottoposto a sperimentazione, monitorandone i risultati ottenuti. Il percorso di riferimento non rappresenta uno statico percorso ideale per la gestione del paziente in oggetto: esso si configura inizialmente come frutto della riflessione svolta su quanto la letteratura suggerisce in merito e sulle reali condizioni operative aziendali che necessariamente influenzano la capacità dell'azienda di attenervisi. Si tratta di considerare le linee-guida esistenti sul trattamento della patologia alla luce delle risorse effettivamente disponibili in azienda per trattare la stessa, delle modalità di utilizzo e, in sintesi, della risposta che concretamente essa è in grado di erogare. Il percorso che ne nasce non vuole in alcun modo costituire un rigido riferimento normativo a cui attenersi per trattare il caso preso in esame; non vuole costituire un "gold standard" da imporre agli attori coinvol-

SCHEDA IN USO PER IL MONITORAGGIO TAO

CENTRO DI SALUTE

PERCORSO DI MONITORAGGIO TAO**SCHEMA PERSONALE
PER LA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE**

NOME E COGNOME

DATA DI NASCITA

DIAGNOSI PRINCIPALE

DATA INIZIO TERAPIA

INR

DOSAGGIO SETTIMANALE

PROSSIMO CONTROLLO

RIPARTIZIONE GIORNALIERA DI ANTICOAGULANTE xy

	DATA	DOSAGGIO
LUNEDÌ		
MARTEDÌ		
MERCOLEDÌ		
GIOVEDÌ		
VENERDÌ		
SABATO		
DOMENICA		

COMMENTI

.....

.....

.....

DATI RELATIVI AGLI ULTIMI CONTROLLI

ANAMNESI INFERMIERISTICA:

Dal precedente controllo ad oggi:

- Ha assunto regolarmente l'anticoagulante ?
- Ha avuto nuove malattie?
- Ha avuto emorragie?
- Ha sospeso o iniziato nuovi farmaci?
- Oltre all'anticoagulante, ha assunto altri farmaci in questo periodo? Quali?

ti nel processo di cura ma una piattaforma flessibile che, partendo da quanto gli operatori hanno stabilito essere il "ciò che si dovrebbe fare" e tenuto conto di ciò che l'azienda può effettivamente fare per quel paziente, viene continuamente migliorata, affinata, modificata, alla luce dell'impatto che, nel tempo, mostra di avere sulla gestione concreta degli eventi considerati. Si riattiva quindi ora un secondo ciclo, che prevede la revisione e un ulteriore miglioramento, approssimandosi così per avvicamenti successivi, ad un percorso *obiettivo* che è "ciò che si potrebbe o vorrebbe fare" per massimizzare l'appropriatezza e i livelli di integrazione del processo di cura. In questo senso pertanto il percorso del paziente può rappresentare un meccanismo di verifica e sviluppo della qualità, alimentato da logiche circolari di miglioramento continuo nel tempo dei processi di cura.

Risultati

Il paziente viene inviato da una Struttura Complessa dell'Azienda Ospedaliera di Perugia per la presa in carico a livello territoriale.

L'assistenza al paziente può essere erogata sia a livello domiciliare che a livello ambulatoriale, presso i Centri di Salute dell'ASL n. 2 di Perugia.

È a livello domiciliare per quei casi in cui lo stato di salute del paziente non consente di recarsi autonomamente o accompagnato dai familiari presso il Centro di Salute; ne-

gli altri casi il paziente si reca al Centro di Salute nei giorni predefiniti in cui viene svolta questa attività. Vengono eseguiti accessi settimanali, sia ambulatoriali che domiciliari, per un totale di circa 1200 pazienti attualmente presi in carico a livello territoriale.

È stato creato un programma informatizzato per la gestione dei dati e delle attività tra Azienda Ospedaliera ed Azienda USL, in cui i dati inseriti dall'operatore del Centro di Salute vengono inseriti nel programma ed inviati e-mail al Centro della ASL n. 2 o dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, dove i medici effettuano la diagnosi e prescrivono la terapia necessaria del caso.

Nei giorni dedicati a questa attività, l'infermiere accoglie il paziente in ambulatorio ed effettua un'anamnesi infermieristica sulla base di una scheda costruita per il monitoraggio dello stato di salute del paziente.

L'infermiere domanda se ha assunto regolarmente la terapia anticoagulante, se ha avuto nuove malattie, se ha avuto emorragie, se ha sospeso o iniziato nuovi farmaci, annotando tutte le informazioni che possono essere utili al percorso del paziente. Quindi effettua il prelievo capillare, secondo la procedura specifica.

Il risultato del prelievo capillare e l'esito dell'anamnesi infermieristica effettuata vengono tempestivamente inviati e-mail al Centro di riferimento, dove l'equipe medica effettua la valutazione diagnostica del caso e rinvia e-mail la pre-

scrizione terapeutica giornaliera del paziente e la data del successivo controllo, con eventuali commenti di comportamento clinico-assistenziale.

L'infermiere quindi accoglie il paziente in ambulatorio e lo informa, consegnandogli lo schema terapeutico, della terapia anticoagulante da effettuare. In questa occasione viene anche effettuata una sorta di educazione alla salute del paziente.

Nell'accesso domiciliare è l'infermiere che si reca a domicilio del paziente per effettuare il prelievo capillare e lo schema terapeutico viene comunicato telefonicamente appena disponibile, per essere successivamente ritirato su forma cartacea da un familiare.


Esiste anche una procedura per il controllo di qualità delle apparecchiature utilizzate per il prelievo capillare. Vengono effettuati ogni XX mesi dei controlli crociati, con l'esecuzione sia del prelievo capillare che del prelievo venoso per verificare il corretto funzionamento degli apparecchi.

Conclusioni

È chiaro che progettare un percorso assistenziale da parte di un'Azienda Sanitaria richiede un grande sforzo organizzativo ed un investimento culturale dei professionisti della salute, perché significa definire regole, responsabilità, passaggi definiti e un cambiamento di approccio professionale al problema di salute della persona.

Il percorso del paziente in terapia anticoagulante orale

prevede il passaggio del paziente attraverso varie fasi assistenziali: dalla fase acuta di inquadramento diagnostico, alla definizione dell'approccio terapeutico, al mantenimento e monitoraggio continuo, fasi che si realizzano attraverso il passaggio del paziente a vari Servizi delle Aziende Sanitarie.

L'infermiere è uno degli attori dell'approccio multidisciplinare al paziente in trattamento TAO, ma è anche una figura chiave nell'indirizzare e nel monitorare puntualmente lo stato di salute del paziente. 

Bibliografia essenziale

- A Guide to oral anticoagulant treatment. Recommendations of the Italian Federation of Anticoagulation Clinics (FCSA). Third general agreement, *Haem-atologica*, 2003; **88**; suppl. 2.
- British Committee for Standard in Haematology. Haemostasis and Thrombosis Task Force of the British Society for Haematology. Guidelines on oral anticoagulation: third edition, *Br J Haematol*, 1988; **101**: 374-87.
- JACK ANSELL ET.AL., Managing oral anticoagulant therapy. Sixth ACCP Consensus Conference on Antithrombotic therapy. *Chest*, 2001; **119**: 22s-38s.
- WHITE RM, McCURDY ET AL., Home prothrombin time monitoring after the initiation of warfarin therapy: a randomized, prospective study, *Ann Intern Med*, 1995; **155**: 2185-2189.
- MANOTTI C., PINI M., PATTACINI C., ET AL., Computer assisted prescription of oral anticoagulants, *Thrombos Res*, 1991; **64** (suppl 13): 192.
- POLLER L., SHIACH C.R., MACCALLUM P.K., ET AL on behalf of European Concerted Action on Anticoagulation (ECAA). Multicentre randomized study of computerised anticoagulant dosage, *Lancet*, 1998; **352**: 1505-1509.
- CASATI GIORGIO, M.C.VICHI, *Il percorso del paziente in ospedale*, Mc Graw Hill, Milano 2002.

COORDINAMENTO COLLEGI IP.AS.VI. DI PERUGIA E TERNI

GIORNATA DI STUDIO

IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO

DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

10 OTTOBRE 2008 DALLE ORE 8,30 ALLE ORE 19,30

Auditorium "Enea Urbani" viale Europa, Passignano sul Trasimeno
 Tel. 075-829801 Partecipanti n. 200 (evento in fase di accreditamento)

PROGRAMMA

8,30 • 9	Iscrizione dei partecipanti	13 • 14,30	Colazione di Lavoro
9 • 9,15	Apertura dei lavori e salute delle autorità	14,30 • 18	TAVOLA ROTONDA: <i>Il Nuovo Codice dell'infermiere: per una maggiore tutela dei diritti dei cittadini assistiti</i>
	MODERATORE: P. RIGANELLI		CONDUCE: A. PROIETTI
9,15 • 9,45	<i>Lettura del nuovo codice deontologico dell'infermiere</i> M. PANGRAZI		PARTECIPANO: – Barbieri Giannantoni – Casciarri Giovanna – Ciammitti Bruno – Ciucarilli Luigia – Conforti Fabio – Canu Gianna – Daddio Laura – Riganelli Palmiro – Silvestro Annalisa – Rappresentante dell'Università di Perugia
9,45 • 10,30	<i>Il valore del codice deontologico per la professione infermieristica e per i Cittadini</i> A. SILVESTRO		
10,30 • 11	<i>Aspetti giuridici del nuovo codice: vincoli ed opportunità</i> G. BARBIERI		
11 • 11,15	Pausa		
11,30 • 12	<i>Commento al nuovo Codice Deontologico</i> L. DADDIO	18 • 19	Discussione
12 • 12,30	<i>Infermiere e trapianto: il nuovo Codice Deontologico</i> G. CANU	19 • 19,30	– Chiusura dei lavori – Verifica finale – Consegna attestati di partecipazione
12,30 • 13	Discussione		

Relatori e partecipanti

Barbieri Giannantonio

Avvocato, esperto di Diritto sanitario.

Canu Gianna

Infermiera Day Hospital trapianti cardiaci, cardiologia A.O. "Sant'Orsola Malpighi" di Bologna.

Casciarri Giovanna

Infermiera Master Medicina Legale Forense.

Ciammitti Bruno

Dirigente medico, Azienda Ospedaliera "Santa Maria" di Terni.

Ciucarilli Luigia

Membro Comitato Bioetico Università degli Studi di Perugia.

Conforti Fabio

Dirigente medico, coordinatore Servizio Aziendale di Cure Palliative ASL n. 3 Foligno.

Daddio Laura

Direttore del Centro di Formazione A.O.U. "Careggi" di Firenze.

Pangrazi Milena Attrice.

Proietti Ambra

Presidente Collegio IP.AS.VI. di Terni.

Riganelli Palmiro

Presidente Collegio IP.AS.VI. di Perugia

Silvestro Annalisa

Presidente Federazione Nazionale Collegi IP.AS.VI.

Rappresentante Università degli Studi di Perugia.

SCHEDA DI ISCRIZIONE

DA COMPILARE IN OGNI SUA PARTE IN STAMPATELLO
AL FAX 075/599.78.32 OPPURE 0744/420215

GIORNATA DI STUDIO IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

10 OTTOBRE 2008
PASSIGNANO SUL TRASIMENO
Auditorium "Enea Urbani"

Cognome:

Nome:

Nato/a: il:

Qualifica: I.P. A.S. V.I. I.Pediatrico

Codice fiscale:

(OBBLIGATORIO)

iscritto Collegio IP.AS.VI. di Perugia

iscritto Collegio IP.AS.VI. di Terni

Residenza:

Città:

Provincia: C.A.P.: (.....)

Telefono (recapito telefonico):

Cellulare:

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI, NEL CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE, AI SENSI DEL D.P.R. 28.12.2000 N. 445 DICHIARO DI ESSERE IN REGOLA CON I PAGAMENTI RELATIVI ALLE QUOTE D'ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE.

Data: FIRMA:

SI AUTORIZZA A TRATTARE, COMUNICARE E DIFFONDERE I DATI INDICATI NELLA PRESENTE SCHEDA SOLO PER FINALITÀ INERENTI ALL'EVENTO FORMATIVO E, OVE RICORRE, PER L'ACCREDITAMENTO E.C.M. (AI SENSI DELL'ART. 10 DELLA L. 65/96)

Data: FIRMA:

Patrocinanti

Richiesto il patrocinio alla Regione Umbria, Università degli Studi di Perugia, Comune di Passignano sul Trasimeno.

Informazioni generali

1 - I destinatari dell'evento formativo sono gli Infermieri, Assistenti Sanitari, Vigilatrici d'Infanzia e Infermieri Pediatrici iscritti ai Collegi IP.AS.VI. di Perugia e Terni in regola con i pagamenti relativi alle quote d'iscrizione all'Albo Professionale.

2 - È stata inoltrata la richiesta di accreditamento alla Commissione ECM della Regione Umbria. Il conseguimento dei crediti E.C.M., è subordinato alla frequenza del 90% delle ore previste dal programma e al superamento della verifica di apprendimento (livello di sufficienza 80%). Gli attestati E.C.M. potranno essere ritirati presso la segreteria del Collegio IP.AS.VI. di Perugia o di Terni previa comunicazione sulla rivista del collegio.

3 - La partecipazione al Convegno è gratuita.

Modalità di iscrizione

Per iscriversi è necessario inviare via fax la scheda di iscrizione debitamente compilata in ogni sua parte e sottoscritta (n. 2 firme) al numero 075.5997832 segreteria del Collegio IP.AS.VI. della provincia di Perugia o al numero 0744.420215 segreteria del Collegio IP.AS.VI. della Provincia di Terni **entro e non oltre il 30 Settembre 2008.**

Posti disponibili

Posti disponibili: 200.

L'assegnazione dei posti disponibili avverrà in base alla data d'invio della scheda d'iscrizione al Convegno.

Chiunque inviasse l'iscrizione entro il termine previsto, ma in condizioni di esaurimento di posti disponibili, non avrà diritto all'iscrizione e ne riceverà comunque comunicazione telefonica.

Non saranno accettate schede di iscrizione incomplete o inviate ad altro numero di Fax.



AD ALBERTO...

Ricorre quest'anno il decennale della scomparsa del Collega **Alberto Covarelli**, Consigliere del Collegio di Perugia a cui già da tempo il Consiglio Direttivo ha voluto titolare la Sala Riunioni del Collegio. Lo ricordiamo con immutato affetto e con stima duratura per quanto la sua presenza nel Consiglio ha determinato, e per i percorsi che, anche con il suo contributo, il Collegio ha intrapreso.

Ciao Alberto
e un commosso ricordo. ●

(Il Consiglio Direttivo del Collegio IP.AS.VI. di Perugia)

Elenco dei partecipanti

L'elenco dei partecipanti regolarmente iscritti sarà pubblicato nel sito del Collegio IP.AS.VI. di Perugia (indirizzo: www.ipasviperugia.it) il 6-10-2008.

L'iscrizione in sede congressuale è subordinata alla disponibilità dei posti.

L'iscrizione da diritto a:

- Partecipazione alla Giornata di Studio,
- Kit congressuale,
- Colazione di lavoro,
- Attestato di partecipazione,
- Attestato di assegnazione crediti formativi ECM (a seguito di verifica questionario di apprendimento e valutazione).

Recesso

Coloro i quali, pur avendo correttamente eseguito l'iscrizione, non potessero poi partecipare al Convegno, sono pregati di **darne tempestiva comunicazione telefonica alle Segreterie dei Collegi onde permettere ad altri colleghi di partecipare.**

Segreteria organizzativa

Collegio IP.AS.VI. di Perugia, via Manzoni, 82 Ponte San Giovanni (Pg):

Tel. e fax 075.5997832
info@ipasviperugia.it

Collegio IP.AS.VI. di Terni, via Galvani, 11, Terni

Tel. e fax 0744.420215
ipasviterni@tiscali.it



TRACHEOSTOMIE E STOMIE DELL'APPARATO URINARIO

28 GIUGNO 2008 DALLE ORE 8 ALLE ORE 13,30

Aula Conferenze Ordine dei Medici viale Bramante - Terni

Partecipanti n. 40 (20 medici e 20 infermieri)

PROGRAMMA DEFINITIVO

8,30 Registrazione dei partecipanti

9,00 Apertura dei lavori

Saluto del Presidente dell'Ordine
dei Medici di Terni Dr. A. PACI

9,15 Presentazione degli obiettivi
del convegno:

- Dr.ssa S. PACIFICI
- Dr.ssa A. PROIETTI

I SESSIONE

9,30 *La tracheostomia. Cenni sull'anatomia,
indicazioni e controindicazioni
al posizionamento
della cannula tracheostomica*

RELATORE:
Dr.ssa M. URBANI

9,50 *Tipologiae caratteristiche
delle cannule tracheostomiche*

RELATORI:
- Dr.ssa M. URBANI
- Inf. S. ROSSI

10,00 *Assistenza al paziente tracheostomizzato:
presentazione di linee guida-protocollo*

RELATORE:
Inf. S. ROSSI

10,20 Break - coffee

II SESSIONE

10,20 *Le urostomie. Cenni sull'anatomia.
Indicazioni al posizionamento
delle urostomie*

RELATORE:
Dr. C. NICO

10,50 *Tipologi e caratteristiche
delle urostomie*

RELATORE:
Dr. C. NICO

11,15 *Assistenza al paziente urostomizzato:
presentazione di linee guida-protocollo*

RELATORE:
Inf. S. NATALINI

TAVOLA ROTONDA

11,45 DISCUSSANT:
- Dr.ssa S. CENTURIONE
- Dr.ssa P. PAOLI
- Dott.ssa A. PROIETTI

13,00 Conclusioni

Test ECM

13,30 Chiusura dei lavori

Il Corso è stato realizzato il 28 giugno 2008 a Terni presso l'aula conferenze ordine dei medici.

È prevista per il mese di novembre 2008 una seconda edizione, di cui è già stato chiesto l'accreditamento, con lo stesso programma teorico-pratico. Gli Infermieri della Provincia di Terni interessati, possono rivolgersi al Collegio IP.AS.VI. di Terni per l'iscrizione.

Obiettivi del Corso

- 1 Garantire una migliore qualità di vita al paziente stomizzato rispondendo alle sue specifiche esigenze con una reale integrazione medico-infermieristica ed una uniformità di comportamento assistenziale.
- 2 Integrazione fra medici ed infermieri, ospedalieri ed operanti sul territorio.
- 3 Uniformità nell'assistenza al paziente stomizzato mediante la formulazione di linee guida e protocolli comuni.

Responsabili del progetto formativo:

- Dr.ssa SONIA PACIFICI;
- Dott.ssa AMBRA PROIETTI

con la partecipazione:

- Ordine dei Medici Chirurghi Provincia di Terni;
- Collegio IP.AS.VI. Provincia di Terni;
- AIDM.

Corso teorico-pratico

Modalità didattica:

Lezioni frontali

Esecuzione diretta ed esercitazioni negli ambulatori di Endoscopia Toracica e di Urologia dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni.



CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE

COLLEGIO DI TERNI

Riteniamo opportuno ricordare a tutti gli iscritti del Collegio IP.AS.VI. della Provincia di Terni collocati in pensione nell'anno 2008 e che non intendono continuare a svolgere la professione infermieristica, di contattare la Segreteria del Collegio per presentare domanda di cancellazione dall'Albo Professionale, compilando l'apposito stampato, **entro e non oltre il 31.10.2008**, onde evitare l'inserimento nei Ruoli anno 2009 e il pagamento della relativa quota. Per prendere visione ed informazioni della procedura di cancellazione rivolgersi alla segreteria:

Tel. 0744.420215
Fax 0744/420.215
oppure per posta elettronica al seguente indirizzo:
ipasviterni@tiscali.it ●

Destinatari: n. 20 medici e n. 20 infermieri.

Parte teorica

Aula Conferenze
Ordine dei Medici di Terni
V.le Bramante n. 3/A
28 Giugno 2008

Parte pratica

Esecuzione diretta ed esercitazioni presso:

Ambulatori Urologici dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni nel mese di ottobre 2008 dalle ore 10 alle ore 13 nelle seguenti date:

- 2 Giovedì
- 7 Martedì
- 9 Giovedì
- 14 Martedì
- 16 Giovedì
- 21 Martedì
- 23 Giovedì
- 28 Martedì
- 30 Giovedì

Ambulatori di Endoscopia Toracica dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni nel mese di ottobre 2008 dalle ore 10 alle ore 13 nelle seguenti date:

- 3 Venerdì
- 8 Mercoledì
- 10 Venerdì
- 15 Mercoledì
- 17 Venerdì
- 22 Mercoledì
- 24 Venerdì
- 29 Mercoledì
- 31 Venerdì

N.B. Ogni partecipante dovrà essere presente ad almeno due esercitazioni per ciascun ambulatorio per un totale di minimo n. 8 ore complessivamente.



FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO GLI APPUNTAMENTI



■ ECCE - INFAD

Ministero della Salute

Progetto di formazione

a distanza dell'AIFA

per gli operatori sanitari

Destinatari: infermieri

Numero casi disponibili: 100

Accesso: gratuito

Scadenza: 31 dicembre 2008

modello: casi di pratica quotidiana

aifa.progettoecce.it



■ MIFORMO

Vari progetti di formazione a distanza per gli operatori sanitari

Attualmente sono disponibili i seguenti corsi dedicati ad infermieri e infermieri pediatrici:

- *Internet e l'infermiere*

- *La comunicazione*

infermiere-paziente

- *Buone norme di igiene*

e prevenzione per il personale infermieristico

CREDITI E.C.M. 6 A CORSO

www.miformo.com



■ SICURE

Ministero della Salute

Federazione nazionale Ordini Medici

ed Odontoiatri (FNOMCEO)

Federazione nazionale Collegi IPAS.VI.

Corso gratuito di formazione

a distanza (FAD) sulla sicurezza

dei pazienti e la gestione

del rischio clinico promosso

CREDITI E.C.M. 20

Per accedere al corso fad

consultare le pagine web:

FNOMCEO:

<http://netlearning.netstream.it/learn>

[/en/learner/jsp/login.jsp?site=sicure](http://en/learner/jsp/login.jsp?site=sicure)

IPAS.VI.: <http://www.ipasvi.it/chi>

siamo/archivioeventi/dettaglio.asp?idfocus=20

■ ROMA

4 OTTOBRE 2008

ANIN (Associazione Nazionale

Infermieri Neuroscienza)

Il governo della sicurezza e il

rischio nelle attività assistenziali

IN FASE DI ACCREDITAMENTO

Segreteria organizzativa:

tel. 051.796971 fax 051.795270

www.anin.it

■ SALSOMAGGIORE

8-9-10 OTTOBRE 2008

Associazione nazionale Infermieri

di Neonatologia e Pediatria

13° incontro "Insieme per crescere"

Aggiornamento multidisciplinare

infermieristico neonatologico

pediatrico ostetrico

IN FASE DI ACCREDITAMENTO

Segreteria organizzativa:

www.assinsiemepercrescere.it

info@assinsiemepercrescere.it

■ FIRENZE

9-11 OTTOBRE 2008

27° congresso nazionale ANIARTI

3° congresso EFCCNA

(european federation of critical

care nurses associations)

Influire sull'assistenza infermieristica

di area critica in europa

influencing critical care nursing

in europa.

www.aniarti.it/efccna2008/

www.efccna.org/

■ PASSIGNANO

SUL TRASIMENO

10 OTTOBRE 2008

Coordinamento Collegi IPAS.VI.

Perugia e Terni

Il nuovo codice deontologico

della professione infermieristica

IN FASE DI ACCREDITAMENTO

Auditorium Enea Urbani

viale europa

segreteria organizzativa:

Perugia: tel. fax 075.5997832

info@ipasvip Perugia.it

www.ipasvip Perugia.it

Terni: tel. fax 0744.420215

ipasvitemi@tiscalinet.it

■ ANCONA

26-28 OTTOBRE 2008

Associazione Italiana Ematologia

Oncologica Pediatrica (AIEOP)

XXXV Congresso nazionale AIEOP

programma infermieristico:

alla ricerca della qualità della vita

IN FASE DI ACCREDITAMENTO

Segreteria organizzativa:

Tel 0382.22650 fax 0382.33822

aieop@congressteam.com

www.congressteam.com

■ GENOVA

5-8 NOVEMBRE 2008

Associazione Italiana di Dietetica

e Nutrizione Clinica (A.D.I.)

XVIII Congresso Nazionale ADI

alimentazione, nutrizione e acqua

IN FASE DI ACCREDITAMENTO

Segreteria organizzativa:

Prometing tel. 0763.344890

fax 0763.344880

info@prometing.it

■ VITERBO

6-7 NOVEMBRE 2008

AEFFE - Collegio La Spezia

La prevenzione dell'errore

e la malpractice assistenziale

infermieristica

CREDITI E.C.M. 26

Segreteria organizzativa:

320.8331205 - 380.660898

■ BOLOGNA

20 NOVEMBRE 2008

Servizio Sanitario Regionale

Emilia-Romagna-Bologna

Le unità operative a gestione

infermieristica: dal reparto

post acuti all'organizzazione

per complessità assistenziale

tel. 051.765357

fax 051.765195

info@cscongressi.com

www.cscongressi.com

■ VITERBO

21 NOVEMBRE 2008

AEFFE

La professione dell'infermiere

tra vecchie e nuove droghe:

rischi, soddisfazioni e modalità

di intervento

IN FASE DI ACCREDITAMENTO

Segreteria organizzativa:

320.8331205 - 380.660898

fax 0761.820678

info@ipasviperugia.it

ipasviterni@tiscali.it

