

Professione intellettuale e innovazione degli ordini

Federica Renica

Presidente Collegio IPASVI di Brescia

Da tempo si pensa di disciplinare uniformemente tutte le professioni intellettuali, senza distinzione tra quelle di più consolidata tradizione e le nuove. I contrasti sono molto forti poiché ogni professione tende a difendere la propria autonomia e indipendenza in forme tali da rendere difficile una regolamentazione comune. Tuttavia non si tratta tanto di attentare alle prerogative di ciascuna professione, o di mortificarne i principi, quanto di verificare la possibilità di delineare strutture uniformi fin quanto possibili (in tema di organizzazione e rappresentanza degli organi professionali, accesso alla professione, tenuta degli albi, procedure di iscrizione e cancellazione, ed anche procedimento disciplinare) sì da consentire un'attività più precisa e più adeguata, per la valorizzazione delle singole qualità e degli ideali che si intendono riaffermare.

Dopo anni di lavoro per superare questi contrasti e i vecchi preconcetti, sembra che tutto possa venire vanificato dalla scelta fatta dal Consiglio dei Ministri di prorogare di un anno l'emanazione del decreto legislativo d'attuazione dei regolamenti della legge 43/2006.

C'è chi non vuole che i nostri Collegi si trasformino in Ordini. Il riconoscimento formale che si determinerebbe diverrebbe l'atto di legittimazione, di conferma dell'intellettualità della nostra professione.

Ciò significa, come afferma Annalisa Silvestro Presidente nazionale IPASVI, mantenere autonomia, confermare la specificità e l'esclusività delle nostre competenze, sviluppare percorsi di carriera nella gestione, nella formazione e nella clinica e avere, per tutti, un maggiore riconoscimento economico.

E' questo il motivo per il quale riaffermiamo che la proroga a settembre dell'anno prossimo del termine della delega per l'istituzione degli Ordini deve essere contrastata. Non possono essere messi in discussione il ruolo, la rilevanza del nostro lavoro e la nostra competenza professionale in quanto la nostra è "un'attività organizzata personalmente nel rispetto dei fini sociali ad essa ricollegati, disciplinata con l'iscrizione in un albo, nella autonomia degli organi professionali".

EDITORIALE



Questi sono anche i requisiti necessari e sufficienti per riconoscere che l'infermieristica è una libera professione intellettuale.

L'invito che rivolgiamo a tutti i colleghi è di sostenere le iniziative, volte a riaffermare e richiedere la completa applicazione della legge 43, esortando il Governo a siglare quanto prima i decreti legislativi di competenza, al fine di garantire una buona qualità assistenziale ai cittadini e riconfermare il giusto riconoscimento di una professione che è alla base del nostro sistema sanitario.

“ Solo attraverso un sistema professionale regolamentare i cittadini possono avere la certezza di un'assistenza sanitaria infermieristica garantita da professionisti qualificati e che agiscono nell'interesse della collettività ”.

Allegato 1

LE PROPOSTE DEL COORDINAMENTO DEI COLLEGI LOMBARDI SUL BLOCCO DEL GOVERNO AGLI ORDINI PROFESSIONALI

Disegno di legge per la proroga di un anno della Delega per l'attuazione della Legge n. 43/2006

Il Coordinamento Regionale dei Collegi provinciali lombardi riunitosi in seduta straordinaria il 14/09/06 ha elaborato alcune note di valutazione e proposte al fine di apportare un contributo al prossimo Consiglio Nazionale per le azioni da porre in essere in merito alla decisione del Consiglio dei Ministri di non procedere al varo del già predisposto decreto legislativo di attuazione della Legge n. 43/2006, ma di chiedere al Parlamento una proroga di un anno. Dall'esame della rassegna stampa pare che la scelta del rinvio sia stata motivata dalle seguenti considerazioni:

- meglio attendere che sia maturata la più ampia riforma delle professioni;
- l'istituzione di nuovi Ordini professionali sarebbe in contrasto con gli indirizzi dell'Antitrust e della Commissione europea in materia di servizi professionali e concorrenza.

Forse ha giocato l'errata convinzione che l'intero provvedimento avrebbe avuto per oggetto l'istituzione di nuovi Ordini e come tale valutato in assoluta controtendenza rispetto alla linea di questo Governo in materia di liberalizzazioni.

Il Governo (o meglio i ministri che si sono fatti portatori di questo rinvio) appaiono però caduti in un equivoco, almeno per quanto riguarda quei settori professionali, come quello degli infermieri, che già da decenni hanno una disciplina ordinistica e per i quali la legge n. 43/2006 non ha previsto altro che un adeguamento di tale disciplina al diverso percorso formativo e di accesso (laurea).

Gli esistenti Collegi professionali degli infermieri sono stati istituiti dalla legge n. 1049 del 1954, in virtù di una previsione già contenuta nel Decreto Legislativo del Capo provvisorio dello Stato del 13 settembre 1946 n. 233.

Nella relazione al Parlamento che accompagna la legge del 1954 sono chiaramente esposte le ragioni di interesse generale che giustificano una disciplina di tipo pubblicistico, poi sempre mantenuta e rafforzata nei successivi interventi di riforma e da ultimo con le leggi n. 42 del 1999 e n. 43 del 2006.

L'attuazione di quest'ultima disciplina non viene quindi, per quanto riguarda la professione infermieristica, ad estendere la disciplina ordinistica ad un settore ad essa precedentemente estraneo ma consente di aggiornare ed adeguare quella stessa disciplina alle modifiche nel frattempo intervenute, prima di tutto nella definizione del percorso di formazione ed abilitazione. Risulta, infatti, non più procrastinabile la valorizzazione e il riconoscimento delle competenze clinico-specialistiche legate ai percorsi formativi in ambito accademico.

Si aggiunga, al riguardo, che per tale professione la permanenza di tale regime di particolare tutela si giustifica alla luce del rilievo costituzionale dei beni coinvolti (in primo luogo la salute dei cittadini-utenti) e risponde quindi a quel parametro di "giustificazione" fatto proprio dall'Autorità Garante della concorrenza (cfr. Relazione annuale 2005) e

richiamato anche nel programma elettorale dell'attuale maggioranza di Governo (che parla di natura "delicata" delle prestazioni offerte nei settori della salute e della giustizia) (cfr. pagg. 130-132).

Fatta questa premessa non si può non rilevare che la giustificazione dell'attesa di una riforma più complessiva delle professioni sarebbe credibile se fosse stata applicata da questo Governo a tutte le professioni, fin dal suo insediamento.

In realtà mentre con questa pretesa esigenza di "organicità" si blocca l'attuazione della riforma delle professioni sanitarie non più tardi di qualche settimana fa ha trovato attuazione (nel silenzio generale) la delega legislativa per la riforma dell'ordinamento del notariato (Decreto Legislativo 1 agosto 2006 n. 249, attuativo della legge 28 novembre 2005 n. 2005).

Spiace quindi dover constatare che ci sono professioni di serie A e professioni di serie B e che solo per queste ultime valgono quelle pretese esigenze di una riforma "quadro". Nel caso specifico dei notai peraltro è ben noto che si tratta di una di quelle pochissime attività professionali per le quali vigono rigidi limiti numerici ed altre barriere alla concorrenza del tutto sconosciute nel settore sanitario, il cui contrasto con gli obiettivi della liberalizzazione ed i principi del mercato aperto non abbisogna certo di essere dimostrato.

A tale proposito va detto anche che l'incidenza dei principi concorrenziali è certamente significativo solo per quelle professioni per le quali l'esercizio abituale avviene in forma di lavoro autonomo e quindi da equipararsi in toto all'attività d'impresa (cfr. art. 3 della Legge 2 febbraio 2006 n. 30 recante la ricognizione dei principi fondamentali in materia di professioni).

Ove invece, come nel caso delle professioni sanitarie infermieristiche, la regola è costituita dall'esercizio dell'attività professionale in forma di lavoro dipendente, ciò che va assicurata prioritariamente con la disciplina ordinistica è l'autonomia del professionista, senza che ciò provochi alcuna effettiva restrizione concorrenziale.

Anche per queste sostanziali differenze che corrono tra la professione infermieristica e le altre tipologie di attività professionali il rinvio dell'attuazione della legge n. 43/06 appare assolutamente ingiustificato, specialmente per le professioni già regolamentate con leggi istitutive dei collegi professionali.

Il Coordinamento Regionale dei Collegi provinciali lombardi prende atto che le strategie fino ad ora applicate hanno condotto all'approvazione della Legge 43 e al rinvio di 12 mesi della delega attuativa. Si rende evidente, quindi, la necessità prioritaria di una revisione correttiva della linea strategica con una differenziazione di azioni. In primis dando priorità assoluta alla trasformazione degli attuali Collegi in Ordini professionali e in seconda istanza, sostenere l'istituzione di nuovi Ordini per le altre professioni sanitarie.

Si deve pertanto auspicare che il Governo tramite la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI recuperi un percorso per procedere rapidamente senza ulteriori tentennamenti e fraintendimenti al completamento di un'operazione di modernizzazione del settore che altro non rappresenterebbe se non il rispetto degli impegni programmatici della maggioranza che lo ha espresso.

Collegi IPASVI della Lombardia:

Bergamo, Inf. Beatrice Mazzoleni

Brescia, A.S.A.F.D. Renica Federica

Como, Dott. Stefano Citterio

Cremona, Inf. Roberto Vecchia

Lecco, Dott.ssa Angela Salomoni

Mantova, Inf. Nicoletta Castelli

Milano-Lodi, Dott. Giovanni Muttillio

Pavia, Dott. Enrico Frisone

Sondrio, IP-A.F.D. Ercole Piani

Varese, Dott. Enrico Malinverno

Il presente parere è stato redatto in collaborazione con lo Studio Legale Fantigrossi

Il Presidente Coordinamento Regionale Collegi IPASVI della Lombardia, Dott. Giovanni A. Muttillio

Allegato 2

I Presidenti delle Federazioni degli Ordini e dei Collegi delle professioni sanitarie hanno rilasciato la seguente dichiarazione congiunta:

“Nel ringraziare il ministro Mastella, il sottosegretario Scotti e tutto lo staff ministeriale per la paziente e preziosa opera di ascolto e di elaborazione, e nella piena condivisione delle valutazioni e preoccupazioni espresse dal presidente del Cup Arch. Sirica, riteniamo necessario ribadire alcuni aspetti del disegno di legge delega della riforma delle professioni, che registrano dissensi all'interno delle nostre categorie.

Modernizzare non vuol dire superare cento anni di storia e di tradizioni che non hanno certo impedito lo sviluppo della moderna medicina e di moderni servizi di tutela della salute; ecco perché riteniamo che debba essere il Ministero della Salute, di concerto con quello di Grazia e Giustizia, a proporre i decreti delegati e i relativi regolamenti di attuazione anche rispetto a quanto previsto dalla Legge 43/'06 in materia di professioni sanitarie.

Non condividiamo inoltre l'ultima novità del testo che affida all'Università l'esclusività dell' identificazione di eventuali nuovi profili professionali da inserire poi, ope legis, in apposite sezioni degli Albi; logica e modernità vorrebbero che fosse esattamente il contrario, lasciando la committenza delle innovazioni del mercato dei servizi professionali ai Ministeri competenti quale espressione di interessi generali. Ci preoccupa, infine, non poco la marcata indeterminatezza della struttura giuridica delle società tra professionisti, soprattutto per quanto riguarda i soci non professionisti (soci di capitali) ed una mancata previsione degli obblighi contributivi previdenziali in capo alle stesse.

Ci auguriamo dunque che nel dibattito in Consiglio dei Ministri e nel futuro iter parlamentare della proposta di legge vengano accolti favorevolmente questi orientamenti, che ci paiono essere in assoluta sintonia con una visione pluralistica e dinamica dei servizi professionali e del ruolo, in capo agli Ordini e ai Collegi, di garanzia della qualità, appropriatezza ed efficacia delle prestazioni rese ai cittadini”.

Amedeo Bianco - Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri

Maria Antonietta Bianco – Federazione Nazionale Collegi Ostetriche

Giuseppe Brancato - Federazione Nazionale Collegi Tecnici Sanitari di Radiologia Medica

Giacomo Leopardi – Federazione Ordini Farmacisti Italiani

Gaetano Penocchio – Federazione Nazionale Ordini Veterinari Italiani

Annalisa Silvestro – Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti e Vigilatrici d'Infanzia

Per ulteriori informazioni sulle proposte di legge, comunicati stampa, manifestazioni, visita il sito www.ipasvibs.it.

La formazione universitaria oggi: a che punto siamo?

Intervista ad **Emma Carli** – Professore associato in scienze infermieristiche, Università degli Studi di Brescia.

a cura di **Carla Noci**

Domanda: Sono ormai più di 10 anni che è iniziata per gli infermieri la formazione universitaria. Possiamo tentare un bilancio di questa esperienza?

Risposta: E' senz'altro possibile tentare di tirare alcune somme, nonostante gli ordinamenti didattici adottati in questi anni si siano notevolmente evoluti. E' utile ricordare, infatti, che nel 1992 è stato avviato presso l'Università di Brescia il primo Diploma Universitario di Scienze Infermieristiche (DUSI), che formò un piccolo gruppo di infermieri, in parallelo ai tradizionali corsi che si svolgevano presso le Scuole Regionali, ai quali afferriva ancora il maggior numero di studenti.

L'ordinamento del DUSI prevedeva che gli infermieri intraprendessero tre differenti indirizzi: quello in infermieristica di base, quello in ostetricia e l'indirizzo pediatrico.

A Brescia l'ultimo corso regionale si chiuse nell'anno 1997 ma, nel frattempo (e precisamente dal 1995), il DUSI si era già trasformato in Diploma Universitario (DU), mantenendo un unico indirizzo formativo (quello in infermieristica di base).

E' utile ricordare che nel decennio 80-90 si sono succedute le leggi di riforma universitaria (quella del Ministro Ruberti e quella del Ministro Zecchino) che, seppure da più parti contestate, rappresentavano il tentativo di aumentare l'efficienza del sistema universitario italiano, che viaggiava con preoccupanti livelli di abbandono dei percorsi di studio (Il rapporto fra immatricolati/laureati era di circa il 40%).

Oltre a ciò il sistema universitario italiano doveva essere armonizzato con quello degli altri Paesi europei, per permettere una più agevole mobilità degli studenti e dei neo-laureati su tutto il territorio dell'Unione Europea. La riforma dell'ordinamento si concretizzò con l'istituzione di due cicli consecutivi (laurea e laurea magistrale), rispettivamente di tre e successivi due anni di studio.

Il primo ciclo (triennale) permette di conseguire un diploma di laurea di 1°

OSSERVATORIO

Molti iscritti al Collegio IPASVI la conoscono, perché è stata una loro docente, o la ricordano come Direttrice del corso Assistenti Sanitari o perché sanno che è stata per parecchi anni la Presidente del Collegio di Brescia, nonché la Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi. La sua esperienza, la sua preparazione e, non ultima, la sua disponibilità ci hanno consentito di riflettere con lei sull'esperienza della formazione universitaria, formazione di cui ancora si occupa in prima linea, come professore associato in scienze infermieristiche presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Brescia.

livello, al termine del quale viene offerta ai laureati la possibilità di perfezionare e completare la loro preparazione, soprattutto in campi specifici che richiedono una competenza più approfondita (Master di 1° livello, corsi di perfezionamento, Laurea Specialistica, Master di 2° livello)

Nell'anno accademico 2001-2002 dunque, la denominazione del corso universitario per infermieri cambia nuovamente, poiché il triennio si configura come Diploma di laurea di primo livello, al quale dovrebbe fare seguito il Diploma di Laurea di secondo livello, ossia la Laurea Specialistica o Magistrale.

In realtà, le lauree specialistiche per le professioni sanitarie non vengono attivate contestualmente all'avvio dei diplomi di laurea li 1° livello. A Brescia, per esempio, il corso di laurea specialistica è stato avviato solo dall'A.A. 2005-2006, mentre a Milano, Torino, Roma e Padova è iniziato nell'anno precedente (2004-2005).

D. Dal 1997 ad oggi i posti programmati dal Ministero per formare nuovi professionisti nelle varie Università italiane sono costantemente aumentati. (v. Grafico 1) A fronte di questa consistente offerta formativa come

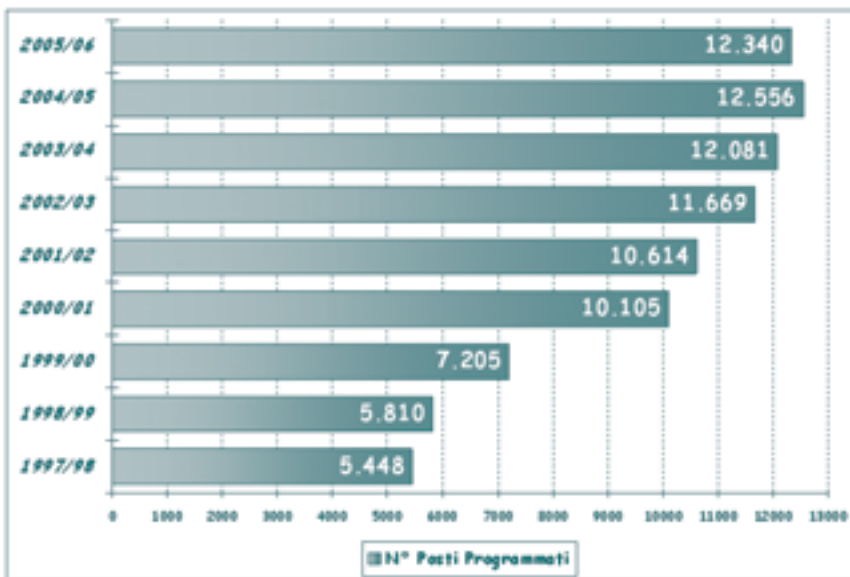


Grafico 1

si può spiegare che la percentuale di soggetti che optano per questo corso di laurea come “prima scelta” si attestino, fino al 2004, attorno al 30 – 35% (vedi Grafico 2)?

R. E' difficile interpretare con sicurezza il dato della “scelta” dei candidati, anche perché le prove di ammissione ai corsi di laurea non sono specifiche, ma valgono per tutte le professioni sanitarie (nei confronti delle quali i candidati possono esprimere tre preferenze) sono funzionali a stabilire una graduatoria generale.

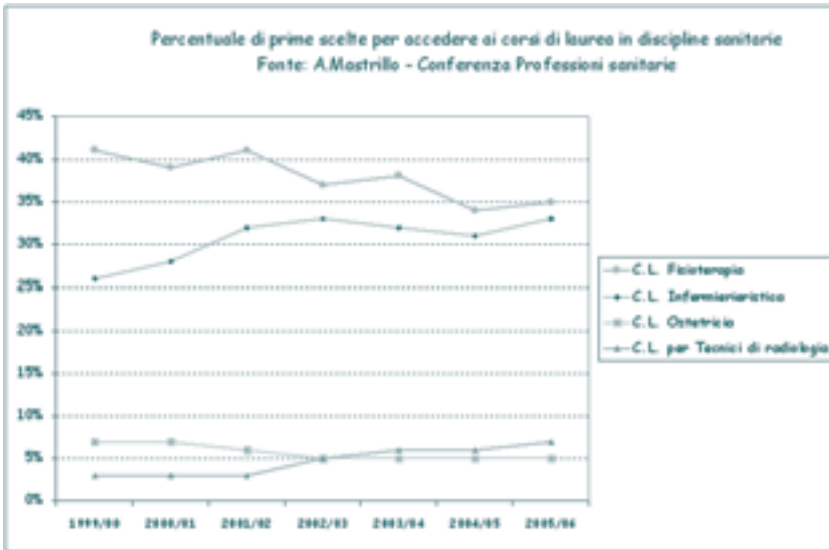


Grafico 2

Si possono naturalmente fare delle ipotesi: per esempio sappiamo che i programmi del corso di laurea in infermieristica sono impegnativi, che gli esami sono molti e che, essendo concentrati in tre anni accademici, richiedono ritmi di studio serrati. Sappiamo anche che il successivo impiego lavorativo continua a comportare impegno e responsabilità notevoli. Circa la metà degli studenti ha meno di 21 anni ed ha una formazione scolastica precedente di tipo tecnico-professionale (vedi Grafico 3 e 4). Molti sono gli studenti che provengono da altre Regioni italiane o da Paesi

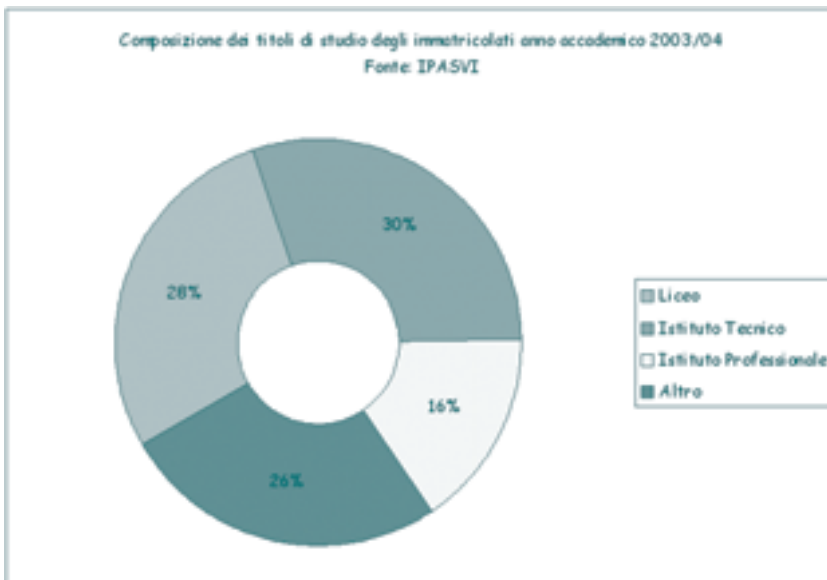


Grafico 3

stranieri. E' verosimile ritenere che questi elementi, associati all'obbligo di frequenza e al numero elevato di ore di tirocinio, non incoraggino gli stu-

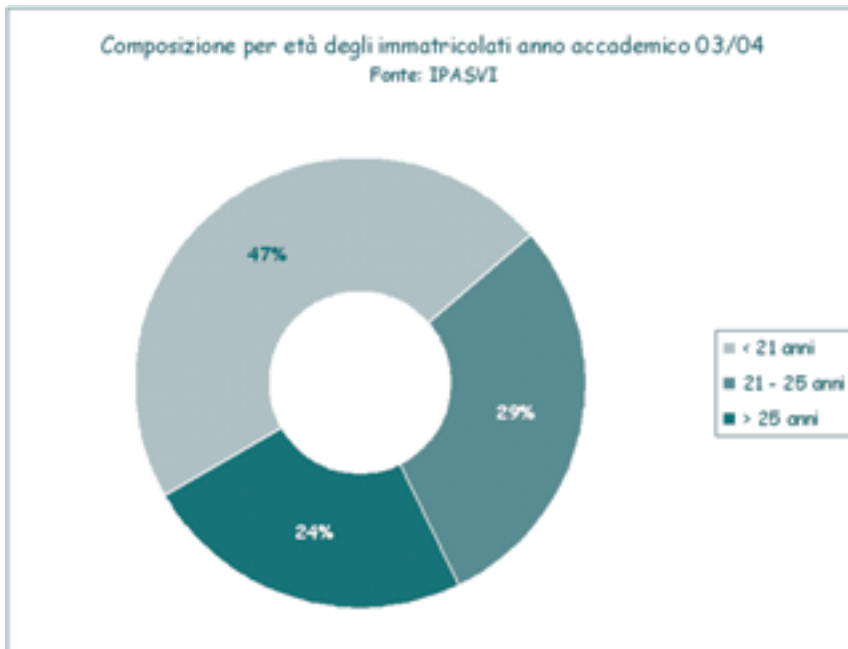


Grafico 4

denti ad intraprendere questo percorso formativo come prima scelta, a meno che non siano fortemente motivati per ragioni che è sempre difficile indagare.

D. Dai dati (v. Grafico 5) emerge che dal 2001 ad oggi si è gradualmente elevata la percentuale degli studenti “fuori corso”. E’ un dato casuale,

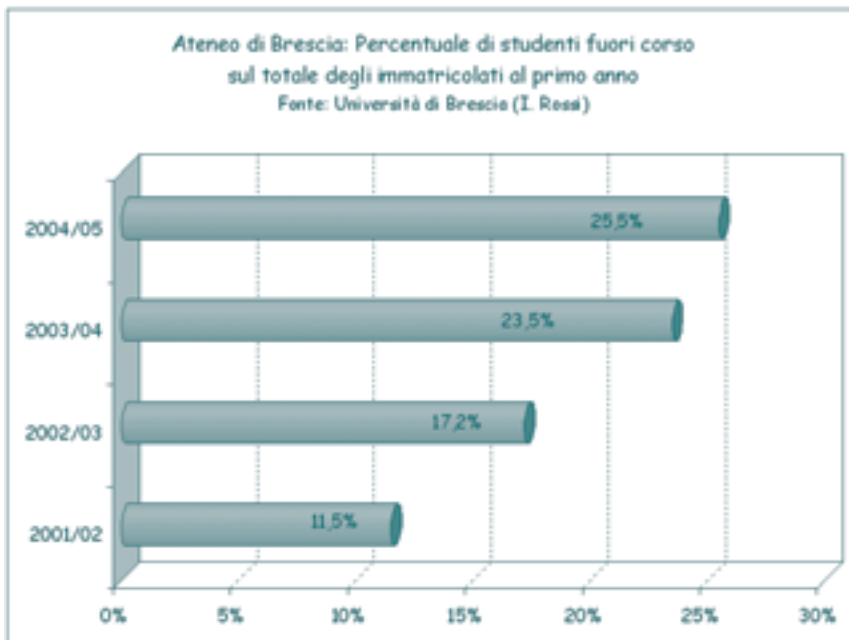


Grafico 5

oppure può essere correlato a qualche cambiamento significativo nel percorso curricolare? (per esempio i programmi...)

R. Non mi pare che questo dato sia imputabile ad una circostanza particolare, ma ad un contesto formativo più generale.

Non bisogna dimenticare che le discipline di studio del corso di laurea sono molte e spaziano dall'area scientifica, all'area umanistica e tecnico-professionale. Queste discipline dovrebbero collegarsi l'una all'altra, per offrire una formazione infermieristica con un orientamento non solo biomedico, ma anche socio-antropologico, psicologico ed educativo.

Non è un compito facile, perché i soli docenti della sede di Brescia sono complessivamente 90 (450 se teniamo conto anche delle altre sedi che fanno capo alla facoltà cittadina) ed è difficile stabilire una buona integrazione fra loro, anche se si sono fatti, e si dovranno fare ancora, tentativi in questo senso.

Da alcuni anni i docenti delle discipline infermieristiche, preoccupati della scarsa qualità della preparazione evidenziata anche in occasione dello svolgimento degli esami finali, soprattutto per gli aspetti specifici della professione, hanno deciso di porre maggiore attenzione alla preparazione degli studenti. Riteniamo, infatti, che non è sufficiente che uno studente conosca perfettamente (ammesso che sia così!) i meccanismi fisiopatologici che determinano l'una o l'altra malattia o le differenti tecniche chirurgiche per sostituire le valvole cardiache: è fondamentale che queste nozioni siano finalizzate ad una più precisa individuazione e valutazione dei bisogni degli assistiti, per pianificare una risposta assistenziale specifica, appropriata e di qualità. Accade dunque che, quando uno studente arriva all'esame di infermieristica con conoscenze vaghe, imprecise o poco approfondite, non si dia "un diciotto" per premiare la buona volontà, ma lo si rimandi ad una successiva sessione, anche se in altre discipline ha già superato gli esami. Molti studenti sono andati "fuori corso" per gli esami di infermieristica, ma, in accordo con altri docenti, sono convinta che sia un rigore necessario.

D. Nell'area nord-ovest il 38% dei docenti (v. Grafico 6) è infermiere. Qual è il criterio di accesso all'insegnamento?

R. I docenti universitari ordinari o associati si candidano per gli insegnamenti nei vari corsi ma, ovviamente, le discipline infermieristiche sono state assegnate a docenti infermieri esperti nelle varie aree. Prima dell'avvio di ciascun anno accademico, l'Università informa le Aziende Ospedaliere e le ASL rispetto all'apertura del bando di insegnamento ed all'elenco dei corsi senza docente in modo che i professionisti interessati possano inviare la domanda, insieme al proprio curriculum vitae. L'esame di quest'ultimo determina la scelta per coprire i posti vacanti.

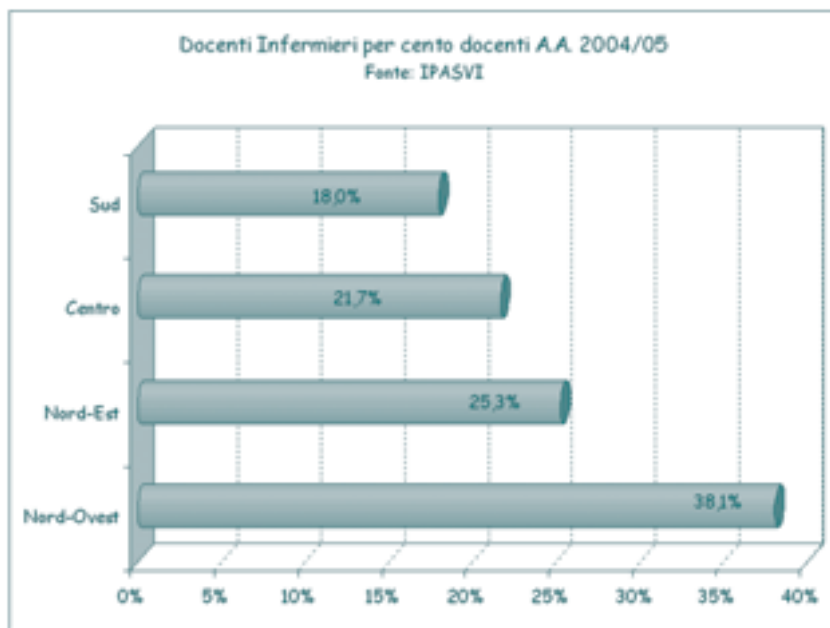


Grafico 6

D. Gli infermieri docenti hanno la possibilità di seguire gli studenti oltre il momento d’aula, per esempio per esercitazioni o attività di laboratorio, oppure in tirocinio?

R. I corsi di laurea prevedono espressamente il diretto coinvolgimento degli infermieri docenti anche al di là delle ore di insegnamento loro assegnate. Per esempio, è previsto che su alcune aree tematiche di maggiore rilevanza professionale o di particolare attualità i docenti dei corsi integrati propongano seminari o laboratori, difficili però da realizzare, perché richiedono grandi sforzi organizzativi. Oltre a ciò, molti docenti infermieri che lavorano in unità operative ospedaliere o territoriali, sedi di tirocinio per gli studenti, hanno la possibilità di mostrare “sul campo” ciò che è stato presentato in aula. Infine alcuni infermieri sono richiesti dagli studenti come relatori di tesi di laurea.

D. Il regolamento del corso di laurea infermieristica prevede anche la figura del Tutor. (v. Grafico 7). Chi sono e che cosa fanno i tutor?

R. La figura del “tutor” e le sue funzioni sono espressamente indicate nel Protocollo di intesa Regione–Università. I tutor sono infermieri con diversi livelli di formazione/specializzazione, assegnati a tempo pieno al corso di laurea nel quale svolgono attività di docenza, esercitazioni, laboratori di approfondimento. Accanto alle attività d’aula, i tutor si occupano della supervisione delle varie aree di tirocinio.

Nella sede di Brescia i tutor collaborano a stretto contatto con la Coordinatrice, Suor Elisa Noventa, per la progettazione didattica e la

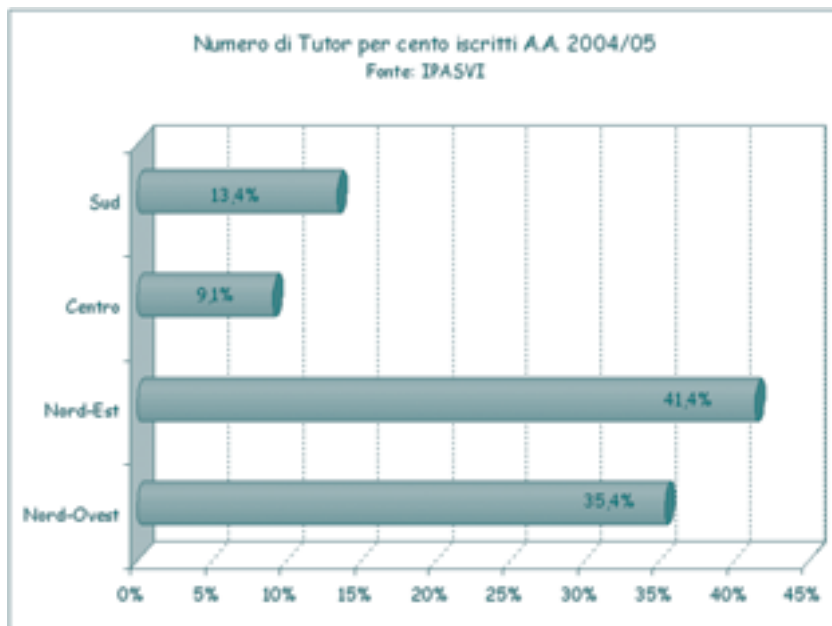


Grafico 7

valutazione.

Il protocollo di intesa Regione Lombardia-Università prevede inoltre che, nelle sedi di tirocinio, vengano individuati i cosiddetti “assistenti di tirocinio”, ossia infermieri che affiancano lo studente e che lo orientano al raggiungimento degli obiettivi formativi. Lo stesso protocollo prevede che il rapporto fra assistenti di tirocinio e studenti sia di 1:5, in modo da garantire la loro presenza nei vari turni di servizio.

I criteri di selezione degli assistenti riguardano soprattutto la disponibilità personale e l’esperienza clinica.

La sede di Brescia è l’unica che rispetta il criterio numerico. In altre sedi di corso (Mantova, Desenzano, Cremona, ecc.) nella scelta degli assistenti di tirocinio sono stati privilegiati la disponibilità e l’impegno dei professionisti, non solo il rapporto numerico con gli studenti. Poiché questa funzione viene svolta senza riconoscimenti economici, si sta lavorando perché ci sia almeno il riconoscimento dei crediti formativi ECM.

D. Come vengono scelte le sedi di tirocinio?

R. Un tempo la Tabella XVIII-ter prevedeva esplicitamente le aree del tirocinio clinico. L’attuale ordinamento prevede, invece, che le sedi di tirocinio, indicate per macro-aree (quali la Medicina e la Chirurgia e relative specialità), siano individuate in funzione degli obiettivi di apprendimento clinico. In tal modo è possibile tener conto della disponibilità reale degli infermieri a farsi carico del tirocinio degli studenti, che, com’è noto, comporta un discreto impegno aggiuntivo al proprio lavoro.

D. La Regione Lombardia ha progressivamente ridotto, dal 2001 al 2003,

il numero dei posti programmati ed ha contemporaneamente aumentato il finanziamento all'Università (v. Grafico 8 e 9). Queste decisioni hanno

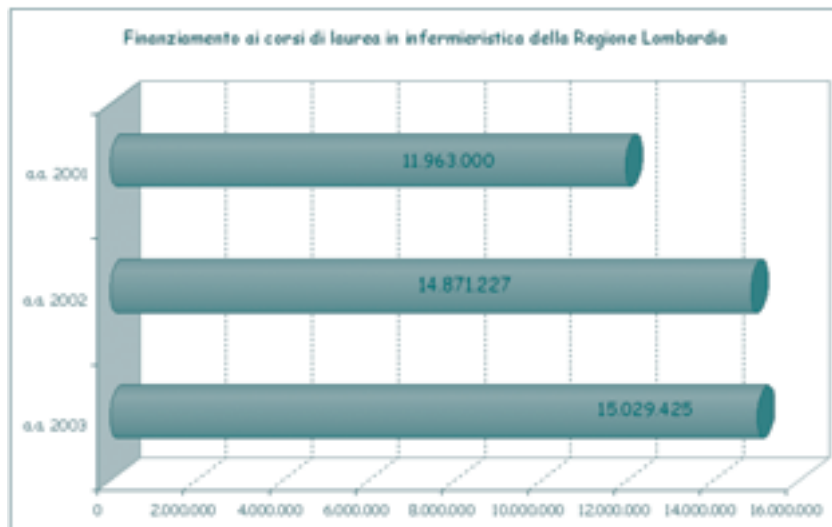


Grafico 8

prodotto, a tuo giudizio, miglioramenti apprezzabili o maggiori “investimenti” per il corso di laurea infermieristica?

R. Se qualcosa è cambiato in altre sedi universitarie, questo non è accaduto nella sede di Brescia (che ricomprende Mantova, Cremona, Chiari, Desenzano, Esine), sede nella quale il numero di posti assegnati è di 400 studenti e non è variato nel tempo.

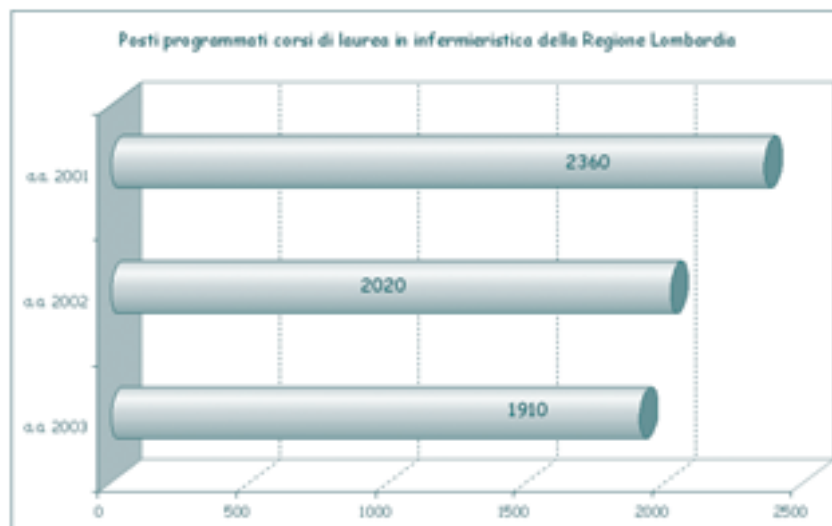


Grafico 9

D. Hai già precisato in apertura che dall'anno accademico 2005-2006 anche presso l'ateneo bresciano è stato attivato il biennio per il conseguimento della Laurea Specialistica. E' forse prematuro fare qualunque con-

siderazione, ma ci sono, fra i professionisti, grande curiosità e molte aspettative. Qual è il tuo pensiero?

R. La laurea magistrale è una conquista irrinunciabile per la professione, anche se coinvolge necessariamente un numero ridotto di professionisti. La grande incognita che questa laurea pone riguarda la sua “spendibilità” nella pratica operativa.

In altri termini le domande che tutti si fanno, e alle quali è impossibile oggi rispondere con certezza, sono: come verrà riconosciuta la maggiore competenza dei laureati? Quali posti dovrebbero occupare nelle aziende sanitarie? Quali funzioni potrebbero svolgere per migliorare sensibilmente la qualità dell’assistenza sanitaria ai cittadini? Perché l’organizzazione delle strutture sanitarie non consente una carriera dirigenziale infermieristica, con relativo riconoscimento in termini sia economici, sia gestionali? Se non si risponde in tempi brevi a questi interrogativi, si rischia di rendere improduttivi gli sforzi di un gruppo di professionisti che, anche se numericamente ridotto, ha investito energie nell’approfondimento e nel perfezionamento delle proprie competenze.

Questi neo-laureati potrebbero essere vantaggiosamente impegnati nella ricerca, nella didattica, nella direzione di servizi e di unità operative che si occupano di soggetti lungodegenti o cronici (e non solo di questi). E’ rischioso lasciare inoperosi a lungo i professionisti che hanno voglia di impegnarsi, perché possono perdere la motivazione al cambiamento ed al miglioramento continuo delle cure infermieristiche. Diciamo, per concludere, che la strada è ancora in salita, ma stiamo camminando...

EFFICIENZA APPROPRIATEZZA PARTECIPAZIONE



IPASVI

COORDINAMENTO COLLEGI LOMBARDI



CARTA
EUROPEA
DEGLI ASSISTITI

DECALOGO PER UNA NUOVA POLITICA DELLA SALUTE

Sul sito www.ipasvibs.it trovi il testo completo del Decalogo.

Le basi essenziali per la ricerca su PubMed

a cura di **Guglielmo Guerriero**

INTRODUZIONE

PubMed è il primo sistema di ricerca della *U.S. National Library of Medicine* per l'informazione sanitaria.

PubMed include oltre 14 milioni di citazioni di articoli biomedici, da *MEDLINE* a ulteriori riviste scientifiche. E' collegato a molti indirizzi web che forniscono gli articoli scientifici in *full text* e altre fonti correlate.

E' liberamente disponibile su internet all'indirizzo <http://pubmed.gov>.

Il contenuto di PubMed

- **MEDLINE**, database della *NLM* con milioni di citazioni di articoli scientifici pubblicati in riviste biomediche;
- **OLDMEDLINE**, che ospita citazioni di articoli scientifici nel periodo ricompreso tra il 1950 e il 1965;
- citazioni di articoli *in-process*, che non sono state ancora analizzate e indicizzate per *MEDLINE*;
- citazioni di ulteriori lavori editi, che non possono essere ricevuti totalmente indicizzati per *MEDLINE* perché di natura non strettamente biomedica;
- link per l'accesso a database di biologia molecolare.

Le caratteristiche di PubMed

- ha una capacità sofisticata di ricerca, includendo il controllo ortografico e la possibilità speciale di ricercare argomenti clinici;
- fornisce assistenza nel trovare termini di ricerca usando il database *MeSH*, una guida al vocabolario controllato di *MEDLINE*;
- capacità nel riservare ed inviare automaticamente aggiornamenti via email per ricerche "salvate" usando *PubMed*;
- link agli articoli *full-text* e alle informazioni sui gruppi editoriali;
- link agli altri sistemi di ricerca della *NLM*, come *ClinicalTrials.gov*, *Medline Plus*, *NIH Clinical Alerts and Advisores*, *NLM Gateway* e *PubMed Central*.

NURSING E RICERCA

L'articolo introduce gli elementi essenziali utili per un primo approccio a *PubMed*, sistema di ricerca bibliografica on-line della *NLM*, liberamente accessibile.

PubMed è, assieme a *Cinahl*, la più importante banca dati per il nursing. La conoscenza degli aspetti essenziali permette di acquisire le capacità basilari nelle strategie di ricerca bibliografica.

Assistenza e Training

Riferirsi in alto nel “sidecar” blu NCBI per i link di *Overview*, *Help*, *FAQs*, e a un *Tutorial* online.

Ricerca con PubMed

Per ricercare su PubMed, scrivere una parola o una frase¹ nella *query box*, poi cliccare su *Go* o premere il pulsante “Invio” (figura 1). Nella ricerca è possibile combinare i termini con gli operatori booleani “AND”, “OR”, “NOT”².

Figura 1 - La ricerca per termini liberi



La ricerca per Autore

I nomi degli Autori dovrebbero essere inseriti nella forma “*Wilkinson GF*”, ma le iniziali sono opzionali. I nomi degli Autori sono abbreviati automaticamente in presenza di diverse iniziali.

Le pagine caratteristiche di PubMed

Al di sotto della *query box* ci sono le *Features Tabs*: *Limits*, *Preview/Index*, *History*, *Clipboard*, e *Details*.

Limits (Vedi Figura 2 – I Limits)

Permette di delimitare la ricerca per campi (figura 2). Si usano i *Limits* per focalizzare i dati della ricerca:

- anno di pubblicazione;
- tipo di documento;
- lingua del testo;
- fasce di età;
- sperimentale/clinico
- maschio/femmina.

Preview/Index (Vedi Figura 3)

Fornisce un’anteprima numerica dei risultati (figura 3) e permette di ricercare i termini nell’indice analitico di tutte le voci presenti nella banca dati.

¹ Il Free-Text o Key-word è il termine libero, la parola e/o le parole presenti nel titolo, nel riassunto, nella rivista, nell’indirizzo ed in altri eventuali campi del record bibliografico.

Il Subject Heading è il termine controllato, presente nel campo descrittore (i termini MeSH), estratto da un dizionario controllato.

² **AND** restringe la ricerca, trova solo quei record che contengono tutti i termini ricercati. **OR** amplia la ricerca, trova tutti i termini che contengono anche uno solo dei termini cercati. **NOT** esclude tutti i record che contengono un dato termine.

Figura 2

For xylitol

Limits

Limit your search by any of the following criteria.

Search by Author

Search by Journal

Full Text, Free Full Text, and Abstracts

Links to full text Links to free full text Abstracts

Dates

Published in the Last: Any date

Added to PubMed in the Last: Any date

Humans or Animals

Humans Animals

Gender

Male Female

Languages

English
 French
 German
 Italian
 Japanese
 Russian
 Spanish
More Languages
 Afrikaans
 Albanian

Subsets

Journal Groups
 Core clinical journals
 Dental journals
 Nursing journals

Topics
 AIDS
 Bioethics
 Cancer
 Complementary Medicine
 History of Medicine

Type of Article

Clinical Trial
 Editorial
 Letter
 Meta-Analysis
 Practice Guideline
 Randomized Controlled Trial
 Review
More Publication Types
 Addresses
 Bibliography

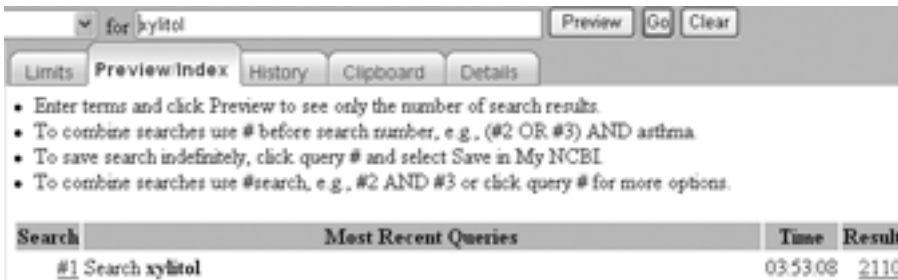
Ages

All Infant: birth-23 months
 All Child: 0-18 years
 All Adult: 19+ years
 Newborn: birth-1 month
 Infant: 1-23 months
 Preschool Child: 2-5 years
 Child: 6-12 years
 Adolescent: 13-18 years
 Adult: 19-44 years
 Middle Aged: 45-64 years

Tag Terms

Default Tag: All Fields

Figura 3 – La Preview/Index



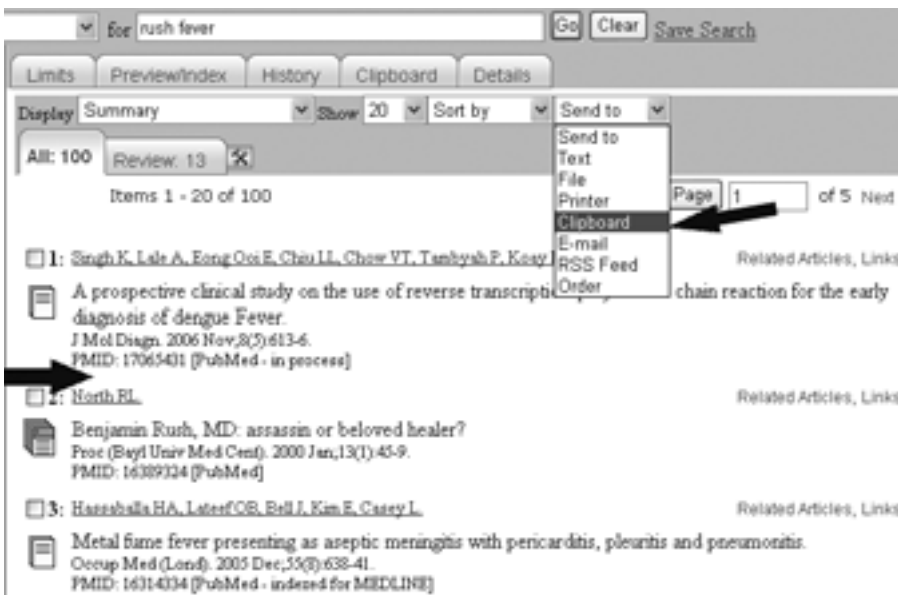
History

Mantiene la storia delle ricerche effettuate e permette la loro combinazione

Clipboard

Consente di mettere temporaneamente da parte di citazioni selezionate da una o più ricerche per poi salvarle o stamparle (figura 4).

Figura 4 – La Clipboard



Details

Descrive la modalità di ricerca utilizzate da PubMed per i termini digitati nel query box

A sinistra della finestra vi sono elencati i servizi di PubMed, tra cui altri strumenti di ricerca:

- il *Journal Database* e il *Single Citation Matcher* che, mediante le referenze bibliografiche, consentono di individuare rispettivamente tutte le pubblicazioni di una rivista e le singole citazioni;
- il *MeSH Database*, che permette di ricercare i vocaboli all'interno dei termini *MeSH*³ (il dizionario di *PubMed*), utilizzando il database dei *MeSH* si trovano i *MeSH Terms* per pianificare una efficace strategia di ricerca (figura 5);
- il *Back citation matcher*, che consente agli utenti di comparare le loro citazioni con quelle di *PubMed* usando informazioni bibliografiche come, giornale, volume, edizione, numero di pagina e anno di pubblicazione;
- il *Clinical Queries*, che permette di eseguire ricerche cliniche utilizzando filtri automatici;
- il *Link out*, che consente l'accesso agli articoli in *full text* ospitati negli indirizzi web di riviste e ad altre risorse on-line;
- il *My NCBI*, che consente di archiviare e aggiornare periodicamente le proprie strategie di ricerca, anche mediante il servizio e-mail.

³ **MeSH: Medical Subject Headings.** E' un soggetto organizzato in forma gerarchica, all'interno del quale un concetto viene sempre ricondotto ad un unico termine, indipendentemente dalle varianti linguistiche che gli autori potrebbero utilizzare per rappresentarlo.

Figura 5 – La ricerca per MeSH



I risultati della ricerca su PubMed

Dopo aver cliccato sul pulsante “Go”, PubMed visualizza una lista di risultati in formato sommario (figura 6). Per avere ulteriori informazioni sui risultati della ricerca, bisogna usare il menu vicino a “Display” per scegliere “Abstract”, “Citation”, o il formato MEDLINE.

Questo articolo illustra gli elementi essenziali per l'utilizzo del sistema di ricerca bibliografica di *PubMed*. I *tutorial* di *PubMed* forniscono una ottima chiave di approfondimento delle potenzialità del database e del sistema di ricerca on-line.

Il prossimo numero della rivista “Tempo di Nursing” ospiterà un articolo che illustrerà alcune specificità di *PubMed*, in particolare la ricerca per termini controllati, i *MeSH*, e *My NCBI*, utilità di *PubMed* per le ricerche personalizzate.

Bibliografia

Pomponio G., Colosso A., “EBM e metodologia della ricerca per le professioni sanitarie”, CGEM Edizioni, Torino 2005

PubMed Basics, all'indirizzo [“http://nml.gov/training/resources/pmtri.pdf.”](http://nml.gov/training/resources/pmtri.pdf)

Ultima revisione Giugno 2006

Veronesi E., “Corso di introduzione alla ricerca bibliografica. Materiale didattico, corso di laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche”, Università degli Studi di Brescia, A.A. 2005/2006

Figura 6 – Il sommario (report) della ricerca

for

Limits Preview/Index History Clipboard Details

Display Summary Show 20 Sort by Send to

All: 100 Review: 13

Items 1 - 20 of 100 Page 1 of 5 Next

1: Singh K, Loh A, Eong Ooi E, Chiu LL, Chew YL, Tambyah P, Kooy EE. [Related Articles, Links](#)
A prospective clinical study on the use of reverse transcription-polymerase chain reaction for the early diagnosis of dengue Fever.
J Mol Diagn. 2006 Nov;8(5):613-6.
PMID: 17065431 [PubMed - in process]

2: North RL. [Related Articles, Links](#)
Benjamin Rush, MD: assassin or beloved healer?
Proc (Bayl Univ Med Cent). 2000 Jan;13(1):45-9.
PMID: 16389324 [PubMed]

3: Hanzhala HA, Latief CB, Bui J, Kim E, Casey L. [Related Articles, Links](#)
Metal fume fever presenting as aseptic meningitis with pericarditis, pleuritis and pneumonitis.
Occup Med (Lond). 2005 Dec;55(3):630-41.
PMID: 16314334 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Il dito nella piaga

Borzacchiello Claudia

(Tratto dalla Tesi di Laurea in Infermieristica, Università di Brescia, A.A. 2005/06)

INTRODUZIONE

Le ulcere croniche costituiscono un problema di salute pubblica di dimensioni rilevanti e a tutt'oggi, ancora ampiamente sottostimato; la scarsità di studi epidemiologici e la difficoltà a compiere generalizzazioni non consentono una stima esatta dell'ampiezza del fenomeno, ma i dati comunque dimostrano che ci si trova di fronte ad un evento che, emergendo come la punta di un iceberg, mostra di sé soltanto una minima parte dei casi, che richiedono comunque ingenti risorse umane e materiali per il loro trattamento. La natura cronica delle lesioni, considerata la difficoltà di guarigione e l'elevata tendenza a recidivare, determina spesso cure prolungate e ospedalizzazioni frequenti, che incidono sfavorevolmente sui costi sanitari e sui tempi di degenza. E' indubbio che una corretta gestione delle lesioni croniche risulti lo strumento fondamentale per conseguire l'accelerazione della guarigione e il miglioramento dello stato generale del paziente, nonché per ottenere una riduzione dei costi sanitari in termini di personale di assistenza e durata dei ricoveri.

Nei confronti delle ulcere da pressione manca una reale prevenzione, esiste una forte disomogeneità di comportamenti adottati, non vi è una gestione globale del paziente e, spesso, vi è la messa in atto di procedure empiriche, piuttosto che basate sull'evidenza.

Le ulcere da pressione sono indice di "cattiva" assistenza e riducono la qualità di vita dei pazienti e dei loro famigliari (Franks et al, 1999). In questo articolo si presenta una serie di protocolli a riepilogo delle migliori evidenze in questo campo così ancora poco conosciuto.

Il piano di assistenza da me proposto non è rivolto ad un paziente particolare, bensì al Paziente in generale, che, per un ordine di motivi, è maggiormente esposto al rischio di sviluppare le ulcere da pressione o già affetto dalle stesse.

Appare chiaro che l'assistenza infermieristica non può essere definita tale ed in modo compiuto, se non si realizza il principio di personalizzazione. La prestazione infermieristica, il cui scopo è la risoluzione di un bisogno di

FOCUS

Le ulcere cutanee rappresentano il terzo mondo della sanità italiana, dove l'empirismo regna sovrano e dove occorre un impegno da parte di tutti per arginare il fenomeno. Le istituzioni, gli enti sanitari e gli operatori hanno la responsabilità di garantire un'assistenza di qualità. Nella pratica clinica questo concetto si traduce nell'adottare soluzioni di provata efficacia, cioè basate su evidenze scientifiche, nel privilegiare il principio della parsimonia, favorendo interventi appropriati ed essenziali, nel garantire la presenza di operatori formati e costantemente aggiornati. E' necessario fare solo ciò che è utile (efficacia teorica), nel modo migliore (efficacia pratica) con il minor costo (efficienza) a chi ne ha veramente bisogno (accessibilità ed appropriatezza), erogando prestazioni concordate (accettabilità), per mano di chi è competente (competenza) ottenendo il risultato migliore per chi riceve la prestazione (soddisfazione).

assistenza dell'uomo, è evento unico ed irripetibile, quindi evento che non può essere standardizzato a priori, perché rivolto all'homo particularis.

GESTIONE GLOBALE DEL PAZIENTE

Prevenzione

Conoscere è già prevenire. La prevenzione ed il trattamento delle lesioni da decubito rappresentano un rilevante problema di assistenza sanitaria. Nonostante i numerosi studi condotti al riguardo e la conseguente bibliografia prodotta, a tutt'oggi non si è raggiunta un'uniformità nei comportamenti terapeutici ed assistenziali, ed in molti casi non esiste risoluzione positiva per questa "piaga". E' un dato certo e condiviso che la prevenzione sia determinante nel ridurre l'insorgenza delle lesioni da decubito.

Identificare i soggetti a rischio

La valutazione del rischio di sviluppare lesioni da decubito è il primo passo da compiere per una corretta pianificazione degli interventi di prevenzione. Viene definito a rischio il soggetto che per una serie di fattori generali e/o locali ha una maggiore probabilità di sviluppare lesioni da decubito. Pazienti a rischio sono anziani, con uno stato di salute generalmente compromesso, soggetti allettati, mielolesi, miastenici, soggetti affetti da sclerosi multipla, pazienti immuno-depressi, soggetti in coma, neurolesi, diabetici, portatori di apparecchi gessati e politraumatizzati. Esistono poi ulteriori aggravanti come l'incontinenza, un'errata e/o carente alimentazione. Per poter misurare in modo oggettivo il rischio debbono essere utilizzate delle scale di valutazione da somministrare all'ingresso del paziente nella struttura, che vanno poi ripetute nel corso della degenza per monitorare l'evoluzione del soggetto. Queste classificazioni confrontano una serie di segni e sintomi a ciascuno dei quali è assegnato un punteggio, la somma di questi punteggi evidenzia l'eventuale rischio del paziente. La più antica e più conosciuta di queste classificazioni è quella proposta dall'infermiera inglese Doreen Norton nel 1962, semplice e rapida, basata sull'indagine di 5 parametri: condizioni fisiche generali, stato mentale, livello di attività, mobilità, continenza. A mio avviso, quella più completa è quella di Braden (Fig.1) per altro consigliata insieme alla Norton dalle linee guida internazionali dell'AHCP (agency for health care policy and research, ente per la politica e ricerca sanitaria statunitense fondato nel 1989 al fine di migliorare la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia dei servizi sanitari).

Le scale di valutazione favoriscono una lettura oggettiva e confrontabile dei fenomeni assistenziali, un'omogenea valutazione quali-quantitativa dell'assistenza, nonché la comunicazione e/o scambio di informazioni tra diverse discipline. Il ricorso a strumenti validati e condivisi a livello della comunità infermieristica internazionale è un elemento che gioca a favore della nuova impostazione dell'assistenza infermieristica stessa, che è caratterizzata da maggior rigore e maggior attenzione al metodo e agli

strumenti con cui tale assistenza viene erogata.

Garantire una corretta nutrizione

La piaga da decubito è l'espressione cutanea dello stato metabolico-nutrizionale del paziente. La valutazione del rischio nutrizionale viene effettuata allo scopo di identificare i pazienti malnutriti o esposti a tale rischio, che possono ottenere miglioramenti degli esiti clinici, se sottoposti a supporto nutrizionale. La valutazione clinica dello stato nutrizionale si effettua considerando: il calo di peso rispetto al peso usuale, la velocità del calo ponderale reale, l'ipermetabolismo, l'apporto di calorie.

Va considerata inoltre la presenza di fattori di rischio, anche in pazienti ben nutriti, quali: malattie concomitanti; stati fisiologici che modificano le richieste, storia nutrizionale antecedente.

Numerosi studi hanno mostrato che una "cattiva" alimentazione o delle carenze di determinati nutrienti come le proteine, vitamine, minerali sono in grado di aumentare il rischio di insorgenza delle lesioni da decubito e rendono maggiormente difficile la loro guarigione. Una dieta povera di nutrienti coinvolti nella sintesi proteica mette a rischio l'integrità tissutale, l'inadeguato introito calorico causa calo ponderale e riduce la quota di tessuto sottocutaneo, permettendo alle prominenze ossee di comprimere e restringere i vasi. Anche l'introito di liquidi è importante nell'assetto nutrizionale e la sua riduzione espone il soggetto a rischio di disidratazione, questa diventa poi causa di ridotta elasticità cutanea e aumenta il rischio che il tessuto possa danneggiarsi. Non è stata ancora dimostrata la correlazione esistente tra il deficit di specifici nutrienti e la comparsa della lesione, ciò che appare evidente invece è che la deficienza di specifici nutrienti influenza negativamente la guarigione delle lesioni.



Indicatori di rischio nutrizionale:

- a) Calo ponderale $\geq 10\%$ negli ultimi 6 mesi o $\geq 5\%$ ultimo mese,
- b) BMI < 19
- c) Apporto alimentare previsto o stimato insufficiente ($< 50\%$ del fabbisogno) per un periodo ≥ 7 giorni,
- d) Ipermetabolismo grave, associato ad uno dei precedenti indicatori

IL DOLORE

L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore definisce il dolore come "un'esperienza emotiva e sensoriale non piacevole associata a danno ai tessuti, reale o potenziale, o descritta in termini di tale danno" (www.iasp-pain.org). Il dolore è una risposta umana complessa, soggettiva, di difficile definizione, forse rappresenta il sintomo che meglio esprime la natura olistica della persona ma spesso questo elemento viene trascurato da

parte di coloro che si occupano della gestione delle lesioni da decubito.

Il paziente ha bisogno di una **spirituale arte ostetrica** che lo aiuti a dare alla luce il dolore, ciò che Socrate definiva nel Teeteto platonico, la maieutica. Il dolore è un elemento pressoché costante nelle persone affette dalle ulcere da pressione. Molti studi hanno mostrato che il dolore può essere esacerbato ulteriormente in alcuni momenti: al cambio della medicazione e durante la movimentazione del paziente. Se un paziente continua a provare dolore durante una procedura associata alla medicazione o durante la sua movimentazione, è indice di negligenza ripetere la procedura senza un trattamento adeguato. L'infermiere è un professionista, come tale ci si aspetta piena assunzione di responsabilità verso gli assistiti, concetto che nella pratica clinica si può tradurre in ciò che viene definito "best practice".

Il dolore durante procedure associate alla medicazione delle ferite può essere controllato grazie ad una combinazione di accurata valutazione, scelta della medicazione idonea, attenta cura della ferita e trattamenti individuali analgesici. Per una efficace valutazione e gestione del dolore delle ferite è necessario riconoscere l'esistenza di diversi livelli di dolore: di fondo (è il dolore che si prova a riposo, quando non vi è alcuna manipolazione della ferita), accidentale (è quello che si può manifestare durante le attività quotidiane), procedurale (è quello derivante da una procedura di routine), operatorio (è il dolore associato ad un qualsiasi intervento che viene eseguito da un chirurgo e che richiede anestesia locale o generale). Quando ci si accosta ad un paziente dolorante, è necessario comprendere che il dolore è un fatto multidimensionale, il dolore, come tutti i fenomeni affettivi, non è misurabile in modo obiettivo e come tale è condizionato dall'ambiente psicosociale del paziente; vanno quindi considerati sia i fattori psicosociali (età, sesso, cultura, educazione, salute mentale), sia quelli ambientali (ambiente, tipo e durata procedura).

Procedure pratiche

Considerare dolorose tutte le ferite; prestare attenzione al posizionamento del paziente; evitare: un'esposizione prolungata della ferita, medicazioni asciutte, prodotti aderenti, l'esposizione a correnti d'aria, una continua sollecitazione; intervenire sempre in modo delicato; scegliere la medicazione più adatta al tipo di lesione (deve mantenere l'umidità, provocare il minimo dolore e il minor trauma possibile al momento della rimozione, deve durare il più a lungo possibile al fine di evitare cambi continui, infatti, secondo la teoria definita "della somma temporale", l'applicazione ripetuta a una lenta frequenza di noxe provoca un aumento progressivo dell'intensità del dolore percepito); cambiare medicazione se il paziente riferisce dolore al momento della rimozione, o se la cute perilesionale ne soffre; leggere le istruzioni del fabbricante sui metodi di rimozione della medicazione utilizzata; riconoscere che la cute intorno alla ferita può diventare sensibile e dolente.

Procedure psico-comportamentali

Scegliere un ambiente appropriato e predisporlo; spiegare al paziente in parole semplici che cosa verrà fatto e quale metodo verrà utilizzato, ottenere il suo consenso; mostrare empatia; invitare il paziente a partecipare se lo desidera; stabilire: i tempi dell'operazione insieme a lui, dei segnali per interrompere la procedura nel caso risulti dolorosa; offrire pause; identificare con il paziente ciò che considera causa di dolore.

TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO

Come detto, la genesi della lesione da decubito è multifattoriale, ecco perché è necessario attuare un approccio multidisciplinare volto, da un lato, a correggere condizioni patologiche specifiche, dall'altro ad una adeguata valutazione dello stato metabolico del paziente e del suo sistema immunitario. La valutazione è alla base del trattamento che si decide di mettere in atto, nonché del suo successo. Non esiste una metodica di trattamento delle lesioni da decubito ottimale ed universale per la differenza intrinseca di ciascun soggetto.

Il principio basilare del trattamento locale è quello di favorire la guarigione rispettando l'ambiente naturale nel quale avvengono i processi di riparazione tissutale, quali la granulazione e la riepitelizzazione ed evitare le condizioni che la rallentano come variazioni di umidità, pH e temperatura. Vanno tenuti in considerazione alcuni principi generali che riguardano tali processi:

- **ossigeno** è dimostrato che la velocità di guarigione delle ferite è direttamente proporzionale alla tensione locale di ossigeno;
- **umidità** in ambiente umido la proliferazione cellulare inizia dopo 6 ore contro le 18 ore richieste in un ambiente secco;
- **temperatura** ha grande influenza sulla rigenerazione cellulare, è sufficiente la diminuzione di 2-3 gradi rispetto alla temperatura corporea per inibire la motilità dei leucociti e l'attività dei fibroblasti. La temperatura ottimale è di 37° C;
- **equilibrio acido-base** tutte le condizioni che modificano il pH locale provocano modificazioni del processo riparativo.

LA W.B.P.

La Wound Bed Preparation (preparazione del letto della ferita) riunisce i principi di una gestione globale delle ferite e permette di accelerare il processo di guarigione spontanea o di facilitare l'efficacia di altre misure terapeutiche. Ciò che si è appreso sui meccanismi di guarigione delle lesioni acute è stato estrapolato per sviluppare una strategia terapeutica applicabile alle ferite croniche, intese come una degenerazione del normale processo di guarigione. Se una lesione cronica non riesce a guarire dopo 6 settimane, deve essere valutata una complessa miscela di fattori locali e dell'ospite, per comprendere e correggere le condizioni che bloccano la riparazione dei tessuti. E' necessario intervenire sull'ambiente molecolare e cellulare, trasformandolo in quello di una ferita acuta in via di guarigione.

gione. Un sistema utile per ricordare tale processo è quello di utilizzare l'acronimo **TIME** dove T sta per tessuto necrotico o devitalizzato, I per infezione o infiammazione, M per macerazione o secchezza, cioè lo squilibrio dei fluidi, E per epidermide che non avanza sul letto della ferita (margini non proliferativi o sottominati).

TESSUTO: la rimozione del tessuto necrotico è un elemento chiave della WBP, perché promuove la riparazione della perdita di sostanza e contrasta la proliferazione batterica, che rallenta o impedisce la guarigione della ferita. Per favorire la crescita di tessuto sano è essenziale che il letto della ferita sia ben vascolarizzato. La rimozione del tessuto necrotico favorisce la neoangiogenesi. Inoltre, come detto, il tessuto non vitale fornisce un ottimo substrato per la crescita batterica, aumenta il rischio di infezione, prolunga la fase infiammatoria, ritarda la progressione alla fase proliferativa, costituisce una barriera meccanica alla contrazione e impedisce la ripitelizzazione; oltre a ciò, può mascherare raccolte di essudato sottostanti o ascessi e rendere difficile la valutazione della profondità della ferita. Il metodo per rimuovere il tessuto necrotico viene detto debridement: questo procedimento è utilizzato per ottenere una superficie granuleggiante, che guarirà più facilmente. La detersione della ferita è quindi un passo fondamentale per il successo del trattamento. Negli stadi iniziali della guarigione delle ferite si realizza spontaneamente un debridement autolitico, attraverso l'azione di enzimi endogeni contemporaneamente le cellule della ferita rilasciano sostanze inibitorie, che circoscrivono l'attività di debridement al letto della ferita, riducendo il danno del tessuto intatto, che si trova ai margini. Sebbene si verifichi questo processo naturale, un debridement esogeno può accelerare il processo riparativo. Esistono 5 tipi di debridement esogeno:

- *Debridement chirurgico*: asportazione di tessuto devitalizzato e detriti per mezzo di strumenti chirurgici, è il metodo più rapido ed efficace, riduce la carica batterica, rimuove le cellule senescenti, stimola la perfusione locale, produce una ferita acuta all'interno di una ferita cronica, è l'opzione di scelta nelle ferite estese, con infezione diffusa, può essere doloroso, può provocare sanguinamento (ma questo stimola il rilascio dei fattori di crescita delle piastrine), non è selettivo (può approfondire la lesione), può danneggiare tendini e nervi.
- *Debridement enzimatico*: detersione del tessuto necrotico mediante applicazione topica di sostanze eubiotiche prodotte da organismi viventi, come gli enzimi proteolitici. Gli enzimi esogeni lavorano sinergicamente con quelli endogeni, accelerando il processo di guarigione. E' un processo altamente selettivo (viene attaccato solo il tessuto necrotico senza danno per il tessuto sano), facilita la formazione di tessuto di granulazione ben vascolarizzato, riduce il volume e



l'estensione della ferita, accelera la ripitelizzazione dei margini, contrasta la contaminazione batterica; l'enzima più usato è la collagenasi batterica del *Clostridium histolyticum*, è un metodo indolore e incruento, è facile da utilizzare.

- *Debridement autolitico*: rimozione naturale dei detriti tessutali per azione di enzimi endogeni alla lesione stessa. È un metodo altamente selettivo, coinvolge macrofagi ed enzimi proteolitici endogeni, gli enzimi portano a liquefazione il tessuto necrotico; il punto chiave di questa tecnica è di mantenere la ferita umida per mezzo di bendaggi occlusivi o semioclusivi a elevata concentrazione di acqua (idrogel, idrocolloidi, idrofibre, film trasparenti), le medicazioni umide incrementano il debridement autolitico, il microambiente che si crea nell'interfaccia tra la medicazione umida e il fondo della ferita promuove la dissoluzione dell'escara e la formazione di tessuto di granulazione. E' però necessario porre attenzione alla macerazione perilesionale, è una metodica per lesioni con scarso, moderato essudato, è virtualmente indolore per il paziente, è controindicato se l'ulcera è infetta (il bendaggio occlusivo potrebbe favorire la crescita di germi anaerobi), è più lento rispetto agli altri metodi.
- *Debridement meccanico e fisico*: rimozione dei detriti con mezzi fisici come garze bagnate (medicazioni wet-to-dry), irrigazione della ferita. Le medicazioni wet-to-dry favoriscono la separazione meccanica del tessuto devitalizzato del letto della ferita al momento della rimozione della garza, ma non sono indicate per l'escara, la rimozione di tali bendaggi è dolorosa (per questo motivo è ormai in disuso), non è un metodo selettivo (può danneggiare tessuto e vasi neoformati). L'irrigazione della ferita può essere eseguita con flussi a bassa, media, alta pressione, che liberano e rimuovono i detriti, i batteri, il tessuto necrotico e l'essudato, anche se l'irrigazione ad alta pressione potrebbe sospingere ulteriormente i batteri all'interno della ferita.
- *Debridement biologico*: viene definito terapia larvale, le larve sterili della mosca *Lucilia sericata* producono potenti enzimi che decompongono il tessuto non vitale senza danneggiare il tessuto di granulazione sano, tali enzimi sembrano in grado di combattere l'infezione, compreso lo *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente; il contenuto umido della ferita deve essere tenuto sotto controllo per lo sviluppo di infezione e per evitare che le larve possano "annegare" in un essudato eccessivo. E' un metodo particolare che potrebbe non essere accettato dal paziente, i costi sono ancora elevati e richiede una grande attenzione da parte di personale esperto.

INFEZIONE: la I di infiammazione o infezione ci ricorda che una ferita, a causa della perdita della continuità cutanea e della presenza di tessuto necrotico, è in ogni caso un terreno ideale per la moltiplicazione dei germi. L'infezione è la principale nemica di una ferita, in quanto ne ritarda la guarigione, favorendo la cronicizzazione.

A causa dell'invasività di alcune specie batteriche infettanti, la componen-

te microbica può contribuire all'aggravamento delle lesioni e anche delle condizioni del paziente. Quando una ferita è infetta, contiene microrganismi in replicazione che danneggiano l'ospite. In una ferita acuta l'infezione è fronteggiata da una rapida risposta infiammatoria, che viene innescata dal rilascio di citochine e fattori di crescita: la cascata infiammatoria produce vasodilatazione e un aumento del flusso ematico verso l'area di lesione, ciò facilita la rimozione di microrganismi, detriti esogeni, tossine ed enzimi batterici da parte di fagociti, del complemento e degli anticorpi; inoltre viene attivata la cascata coagulativa, che isola la sede di infezione in una matrice gelatinosa in modo da proteggere l'ospite (Dow et al. 1999).

In una lesione cronica, la continua presenza di microrganismi virulenti porta ad una risposta infiammatoria massiccia e persistente, che alla fine contribuisce a danneggiare l'ospite. Esistono diverse variabili che, influenzando l'entità della carica batterica di una ferita, incrementano il rischio che si sviluppi un'infezione. Esse comprendono la quantità di tessuto necrotico presente nella lesione, il numero di microrganismi e la loro patogenicità e alcuni fattori legati all'ospite (resistenza del paziente): n° microrganismi \times virulenza / resistenza dell'ospite. I fattori locali che incrementano il rischio di infezione di una ferita includono alcune caratteristiche della ferita stessa come l'estensione, la profondità, la posizione e la durata nel tempo, lo stato vascolare della lesione. In una ferita cronica la presenza di batteri di per sé non indica necessariamente che si è verificata un'infezione (presenza di microrganismi in attiva replicazione accompagnata da danno tissutale) o che questa pregiudicherà la guarigione. Tutte le ferite croniche contengono microrganismi, ma alcuni, in concentrazioni ridotte, possono addirittura facilitare la guarigione grazie alla produzione di enzimi proteolitici. Oltre alle strategie volte a sopprimere le infezioni, la terapia dovrebbe mirare a ripristinare le resistenze dell'ospite. La maggior parte delle ferite contaminate o colonizzate si possono trattare con medicazioni occlusive fino a quando non siano presenti segni di infezione essudativa, in queste ferite, infette ed essudanti, le medicazioni occlusive spesso provocano un deterioramento della lesione.

L'utilizzo di antibiotici topici è controverso per i seguenti motivi:

- lo spettro antimicrobico è limitato
- sussiste una difficoltà a garantire una concentrazione efficace sulla lesione per i tempi necessari all'azione antibatterica e fra i cambi di medicazione
- si facilita lo sviluppo di resistenze e l'insorgenza di sensibilizzazioni allergiche.

Per quanto concerne l'uso di antisettici topici numerosi studi hanno mostrato che, sebbene siano in grado di diminuire il livello di carica batterica all'interno del tessuto della ferita, mostrano effetti tossici sul tessuto stesso.

MACERAZIONE: la M di macerazione ci ricorda che l'ambiente umido sostiene il processo di riparazione tissutale, soprattutto favorendo la migrazione dei cheratinociti dalla periferia verso il centro della lesione, meccanismo fondamentale affinché si compia un'adeguata riepitelizzazione. Nelle ferite croniche l'arresto in fase infiammatoria determina produzione di copiose quantità di essudato, che favorisce la colonizzazione batterica e ostacola la guarigione. Per tale motivo, l'eliminazione dell'essudato in eccesso e il riequilibrio del bilancio dei fluidi costituisce una fase importante della preparazione del letto della ferita.

E' stato dimostrato che un ambiente umido accelera anche del 50% la guarigione rispetto all'esposizione all'aria. Altro aspetto importante è il controllo dei livelli di essudato, poiché contiene sostanze che degradano le proteine della matrice extracellulare, bloccano l'azione dei fattori di crescita e inibiscono la proliferazione cellulare. La medicazione ideale è quella che riesce a rimuovere grandi quantità di essudato, mantenendo al tempo stesso un microambiente umido.

EPIDERMIDE: la E di epidermide ci ricorda che l'aspetto della ferita, ed in particolare dei suoi margini e della cute perilesionale, è il principale indice di progressione del processo di riepitelizzazione secondo la normale successione di eventi riparativi, che condurranno alla completa guarigione. Il monitoraggio clinico della ferita e delle condizioni del paziente deve perciò rimanere un punto fermo nella corretta gestione delle ferite croniche al fine di selezionare il trattamento più adatto e di valutare l'evoluzione e la risposta alle terapie.

Probabilmente il segno più evidente della mancata guarigione di una ferita è rappresentato dal bordo dell'epidermide, che con il passare del tempo non riesce a procedere verso la chiusura della ferita. Il margine sottominato può essere un segno di colonizzazione importante o di infezione e a livello cellulare l'assenza di migrazione epidermica potrebbe essere dovuta alla presenza di cellule non responsive o senescenti e ad alterazioni dell'attività delle proteasi, che degradano la matrice extracellulare non appena si forma.

NUOVI ORIZZONTI

Attualmente esistono una serie di metodiche, di provata efficacia, in grado di agire positivamente nel trattamento delle ulcere "difficili", cioè di quelle ulcere non rispondenti alle comuni medicazioni disponibili al momento; esse sono rappresentate dall'utilizzo del gel piastrinico autologo (autotrasfusione) e/od omologo (da un donatore) e dall'applicazione del fattore di crescita nervoso noto come il NGF (Nerve Growth Factor).



Gel piastrinico

L'intuizione di un utilizzo di emocomponenti a fini non strettamente trasfusionali non rappresenta una novità assoluta; negli anni '80 David Knighton sviluppò una tecnica di stimolazione in vitro delle piastrine con soluzioni di trombina, che consentiva la raccolta di un soprannatante ricco di fattori di crescita; questo prodotto, derivato dalle piastrine del paziente, opportunamente purificato, veniva applicato localmente sotto forma di gel per stimolare la riparazione tissutale di lesioni ulcerose. Negli ultimi anni è stato effettuato un impiego sperimentale e clinico del concentrato piastrinico nella terapia delle ulcere cutanee¹. Il rationale dell'impiego di tale preparato risiede nella presenza di diversi fattori di crescita tissutale (circa 30 quelli noti) di cui i più importanti nel processo riparativo si sono dimostrati i seguenti: **PDGF** (Platelet Derived Growth Factor) chemiotattico per i leucociti polimorfonucleati e per i macrofagi; il **TGFβ** (Trasforming Growth Factor beta) in grado di stimolare sia la crescita di fibroblasti e cheratinociti, sia la produzione di matrice extracellulare, soprattutto del collagene; l'**EGF** (Epidermal Growth Factor), favorente la mitogenesi dei cheratinociti e fibroblasti e delle cellule endoteliali; l'**IGF 1 e 2** (Insulin Growth Factor 1 e 2), che incita la migrazione dei cheratinociti e la proliferazione dei fibroblasti; l'**FGF basico** (Fibroblast Growth Factor), che stimola la proliferazione e la migrazione delle cellule endoteliali; il **VEGF** (Vascular Endothelial Growth Factor), stimolante la rigenerazione e proliferazione dei vasi sanguigni. Il gel piastrinico ha mostrato di possedere proprietà angiogenetiche ed osteogenetiche nonché stimolanti la formazione di tessuto connettivo ed epiteliale; non è tossico per i tessuti, è poco o per nulla costoso, è di facile e rapida preparazione, presenta caratteristiche di sicurezza, poiché preparato in ottemperanza a quanto stabilito dalla legislazione in tema di uso e preparazione di emocomponenti (L. 107/90 D.M. 25-26/01/2001).

Questa capacità delle piastrine ad intervenire nei meccanismi di riparazione tissutale ha costituito il presupposto teorico all'utilizzo del gel piastrinico nel trattamento delle ulcere cutanee.

Applicando in situ le piastrine iperconcentrate ed attivate con trombina umana e calcio gluconato in forma di gel piastrinico, vengono innescati ed accelerati i processi di rigenerazione tissutale. Possiamo paragonare le piastrine a laboratori-serbatoi cellulari che elaborano, immagazzinano e rilasciano numerosi fattori di crescita capaci di stimolare la riproduzione di cellule staminali, mesenchimali, fibroblasti, osteoblasti e cellule endoteliali. L'utilizzo del gel piastrinico permette la ricostruzione dei tessuti danneggiati in tempi molto brevi, diminuisce l'ospedalizzazione ed allevia il dolore con un netto miglioramento della qualità della vita. L'impiego del gel piastrinico è risultato efficace non solo nella riparazione delle ulcere cutanee, ma anche in ambiti differenti: ortopedia, chirurgia maxillo-facciale e odontostomatologia.

Bibliografia

- Apostoli A, Bellingeri A, Calosso A. *Le caratteristiche delle superfici antidecubito e i criteri di scelta*. Nursing oggi 2002; 3:18-26.
- Bellingeri A, Attolini R, et al. *Valutazione dell'efficacia di un presidio per la detersione delle lesioni cutanee*. Minerva Medica 2004; 95 (3):2-9.
- Bennet G, Dealey C, Posnett J. *The cost of pressure ulcers in the UK*. Age and Ageing 2004; 33 (3):230-235.
- Bergstrom N, Theodore J, et al. *The Braden scale for predicting*

Controindicazioni

Sindrome da disfunzione piastrinica, instabilità emodinamica, gravidanza, neoplasie, infezione, gangrena, osteomielite.

Il gel piastrino non può essere considerato una panacea, ma un valido supporto o sostegno alle più conosciute tecniche terapeutiche in uso.

Fattore di crescita nervoso

Il fattore di crescita nervoso è un polipeptide scoperto nel 1952 da Rita Levi Montalcini che ha la capacità di stimolare la crescita ed il differenziamento di neuroni del sistema nervoso periferico. Negli anni successivi si è scoperto che agisce anche su alcuni tipi di neuroni del sistema nervoso centrale e su cellule del sistema immunitario. Studi più recenti hanno inoltre evidenziato un ruolo dell'NGF nella riepitelizzazione, evento chiave della cicatrizzazione, attraverso la quale le cellule cutanee migrano dai margini della ferita e proliferano fino a ricoprire completamente la soluzione di continuo. L'applicazione topica di NGF è in grado di accelerare la guarigione delle ulcere cutanee, favorendo la crescita e la differenziazione delle cellule di derivazione epiteliale, in particolare si è assistito ad una rapida induzione della granulazione sui bordi e sul fondo della ferita nelle prime due settimane di trattamento, seguita da una meno marcata, ma progressiva tendenza alla guarigione, che ha condotto alla completa risoluzione entro 6-8 settimane.

Nell'organismo l'NGF è prodotto dai fibroblasti, cheratinociti, mastociti, linfociti, cellule del sistema nervoso. Un'ulteriore modalità di intervento terapeutico è rappresentata dalla manipolazione genetica, attraverso l'induzione del gene responsabile dell'espressione dei fattori di crescita.

Infine, la ricerca moderna nel campo della cicatrizzazione fetale sembra indicare la possibilità di avere una guarigione senza cicatrice, infatti, sebbene le differenze fra processo di cicatrizzazione nel feto e nell'adulto non siano state completamente elucidate, le aree di ricerca più promettenti riguardano la possibilità di una ridotta fase infiammatoria e di una riduzione della deposizione di collagene, che si evidenziano nella riparazione tissutale fetale (nella matrice extracellulare fetale è stata riscontrata una quantità di acido ialuronico maggiore rispetto all'adulto, che conduce alla formazione di fibre collagene più sottili, ad una riduzione della componente infiammatoria ed a un minore sviluppo del tessuto di granulazione. Inoltre il fibroblasto fetale non si differenzia verso lo stato attivo di miofibroblasto se non nelle fasi più avanzate della gestazione).

CONCLUSIONE

Ho elaborato il mio progetto di tesi mediante un'analisi sistematica, approfondita e critica della letteratura, anche se, sicuramente, non esaustiva, basata sia sui dati di ricerca, sia su quelli teorici. Appare chiaro che, nonostante siano aumentate le conoscenze di fisiopatologia delle piaghe da decubito, ci siano nuovi farmaci a disposizione, siano state messe

pressure sore risk. *J WOCN* 2005; 13:79-80.

Borzini P, Mazzucco L, et al. *Randomized trial and local biological effect of autologous platelets used as adjuvant therapy for chronic venous leg ulcers.* *Journal Vascular Surgery* 2004; 39 (5):1146-1147.

Brem H, Lyder C. *Protocol for the successful treatment of pressure ulcers.* *The American Journal of Surgery* 2004; 188:9-17.

Calosso A. *Le lesioni cutanee. Manuale clinico (1 ed.).* Roma:Carocci, 2004.

Calosso A, Zanetti E. *Linee guida integrali dell'AHRQ per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito (III ed.).* Pavia:A.I.S.L.e.C., 2003.

Cicha I, Garlicks CD, et al. *Activated human platelets release connective tissue growth factor.* *Thromb Haemost* 2004; 91:755-760.

Crovetti G, Martinelli G, et al. *Platelet gel for healing cutaneous chronic wounds.* *Transfus Apheresis Sci* 2004; 30:145-151.

David T. *The promise of topical growth factors in healing pressure ulcers.* *Annals of Internal Medicine* 2003; 139 (8):694-695.

Frantz R. *Evidence based protocol: treatment of pressure ulcers.* *Gerontological Nursing* 2004; 30 (5):4-10.

Gupta S, et al. *Guidelines for managing pressure ulcers with negative pressure wound therapy.* *Caring for the Ages* 2005; 6 (1):2-15.

Landi F, Aloe L, Russo A, et al. *L'applicazione topica del nerve growth factor potrebbe essere una terapia efficace nei pazienti con ulcere da decubito dei piedi.* *L'infermieristica basata sulle evidenze* 2004; 1:39-40.

Marzocco L, Medici D, et al. *The use of autologous platelet gel to treat difficult-to-heal wounds: a pilot study.* *Transfusion* 2004; 44:1013-1017.

Pacitto P. *I principi della wound bed preparation.* *Nursing oggi* 2004; 4:53-54.

a punto terapie all'avanguardia e si utilizzino presidi tecnici idonei, le lesioni da decubito continuano a manifestarsi, tanto da destare interesse e preoccupazione. A dimostrazione di quanto detto, anche il Piano sanitario 2001-2003 ha inserito le lesioni cutanee croniche negli obiettivi e problemi da controllare e perseguire a livello nazionale.

“Una vita senza ricerca non è degna di essere vissuta”

Socrate

Romanelli R, Flanagan M. *After time:wound bed preparation for pressure ulcers.* EWMA Journal 2005; 5 (1):22-30.

Ziemer M, Scheumann C, et al. *Retrospective analysis of topical application of factor XII in patient with chronic leg ulcers.* EWMA Journal 2005; 5 (2):6-9.

FIG. 1 Scala di Braden

	Percezione sensoriale	Umidità cutanea	Attività	Mobilità	Aliment.	Frizione e scivolamento
1	Limitatissima	Perman. umida	Allettato	Assente	Molto scadente	Molto scadente
2	Molto limitata	Molto umida	In poltrona	Molto limitata	Probabil. inadeguata	Problema potenziale
3	Lievemente limitata	Occasion. umida	Cammina occasion.	Lievem. limitata	Adeguata	Nessun problema apparente
4	Nessuna limitazione	Raramente umida	Cammina spesso	Non limitata	Eccelente	

Un punteggio ≤ 16 = paziente a rischio di lesioni

FIG. 2 Scheda di monitoraggio e trattamento delle lesioni da decubito

GRADO LESIONE	OBIETTIVO	INTERVENTI
1° GRADO	Ripristinare la vascolarizzazione e prevenire l'ulcerazione cutanea	<ol style="list-style-type: none"> 1) valutare il rischio di insorgenza di altre lesioni, utilizzando una scala validata; 2) eliminare la compressione locale, evitando di posizionare la persona sulla zona della lesione, effettuare dei cambi di postura personalizzati in base al rischio. Se questo non fosse possibile, farla permanere il minor tempo possibile sulla zona; 3) posizionare il paziente su una superficie adeguata; 4) mantenere la cute asciutta e pulita ed idratata; 5) utilizzare creme idratanti ed emollienti; 6) utilizzare idrocolloidi sottili, film protettivi trasparenti, poliuretani.
2° GRADO	Favorire la riparazione cutanea	<ol style="list-style-type: none"> 1),2),3),4) detersione con fisiologica o ringer lattato a temperatura di 37°C; 5) medicare con idrocolloidi extrasottili, con film trasparenti, con schiume in poliuretano, medicazioni a bassa aderenza, garze impregnate, collageni.
3° GRADO	Rimuovere il tessuto necrotico, controllare l'infezione	<ol style="list-style-type: none"> 1),2),3) se è presente un'escara vi sono molti trattamenti per rimuoverla; 4) detergere con soluzione fisiologica o ringer lattato a temperatura di 37°C, o ancora medicazioni detergenti; 5) medicare la lesione, dopo la detersione, in base alla quantità di essudato prodotto: nel caso di abbondante essudato usare arginati, schiuma in poliuretano o idrocolloidi, medicazioni antimicrobiche, medicazioni antisettiche. Se necessario, applicare una medicazione secondaria con pellicole trasparenti.
4° GRADO	Controllare l'infezione controllare il tessuto necrotico	<ol style="list-style-type: none"> 1),2),3) rimuovere l'escara 4) detergere con soluzione fisiologica o ringer lattato a temperatura di 37°C; 5) utilizzare medicazioni antimicrobiche, cavitaria in schiuma poliuretana o arginato; 6) chiudere la lesione con una medicazione secondaria in poliuretano, idrocolloidi o film trasparente; 7) se la lesione è molto essudante, rinnovare quotidianamente la medicazione

FIG. 3 Sintesi dei trattamenti delle lesioni

Stadio	Detersione	Medicazione	Cadenza	Area circostante
I° e II°	Soluzione fisiologica o ringer lattato	<ul style="list-style-type: none"> • Pellicola semipermeabile trasparente(I°) • Idrocolloidi extra-sottili (I°-II°) • Schiuma di poliuretano (II°) 	1 volta alla settimana o al bisogno	Crema base emolliente, crema all'acqua o allo zinco per prevenire e/o trattare la macerazione cutanea.
Flittene	Idem	<ul style="list-style-type: none"> • Forare senza rimuovere il tetto (procedura asettica) e coprire con schiuma di poliuretano 	Idem	Idem
Idem	Idem	Vedi specifiche seguenti	Vedi specifiche seguenti	Idem
Variante lesione	Medicazione		Cadenza	
Se escara	<ul style="list-style-type: none"> • pomate enzimatiche (da rinnovare ogni 8 ore) +garze • idrogeli+schiuma di poliuretano • rimozione chirurgica: • graduale • totale 		Ogni 24-72 ore	
Se emorragica	<ul style="list-style-type: none"> • arginati+ garze 		Ogni 8-24 ore	
Se essudativa o necrotica fibrosa	<ul style="list-style-type: none"> • idrogeli e ricoprire conschiuma di poliuretano • placca idrocolloidale • fibra idrocolloidale + garza 		Ogni 24-72 ore	
Se cavitaria con abbondante essudato	<ul style="list-style-type: none"> • tampone in schiuma di poliuretano+schiuma di poliuretano • fibra colloidale + garza 		Da giorni alterni a 3-4 giorni	
Se lesione granuleggiante	<ul style="list-style-type: none"> • schiuma di poliuretano • placca idrocolloidale 		1 volta alla settimana o al bisogno	
Se lesione infetta	<ul style="list-style-type: none"> • fibra colloidale + garza (attenzione evitare l'occlusione) + antibiotici sistemici 		Ogni 24 ore	

Quesiti degli iscritti

Parere su problematiche giuridico professionali in R.S.A
a cura del **Dr. Luca Benci**

Domande:

- 1) Un medico in pronta disponibilità, in caso di chiamata, può non presentarsi nel luogo di lavoro?
- 2) Quali le responsabilità, in capo a detto operatore, nel caso non sia raggiungibile telefonicamente?
- 3) Quali sono le responsabilità dell'infermiere nella somministrazione di terapia prescritta telefonicamente?
- 4) A chi compete la compilazione della documentazione post mortem?

La pronta disponibilità è caratterizzata dalla immediata reperibilità del medico – e invero anche di altro operatore sanitario – a recarsi nel più breve tempo possibile nel luogo di lavoro. Nel momento in cui il personale sanitario – medico o, come nel caso di specie, infermiere – ne sollecita la presenza in relazione ad uno stato di salute di un paziente per il quale lo stesso personale sanitario chiamante ritiene necessario l'operato del medico in pronta disponibilità, egli è tenuto a recarsi nel luogo di cura. La chiamata si configura, come ha avuto modo di precisare la Suprema Corte di cassazione, come obbligo formale “senza alcuna possibilità di sindacato a distanza da parte del chiamato”. Il rifiuto a tale obbligo è penalmente rilevante. Il medico in pronta disponibilità è tenuto a recarsi nel luogo di ricovero, visitare personalmente la persona (la Cassazione precisa “de visu”) e prendere le relative decisioni che possono anche discostarsi da terapie e manovre d'urgenza non ritenendo tale quella prospettata. Si tratta di una valutazione c.d. ex post cioè da prendersi successivamente alla visita reale del paziente (Cass. Pen., VI sezione, Sentenza 731/1996; vedi anche Cass. Pen., sezione VI, sentenza 18 marzo 1986).

Quindi, una volta che l'infermiere chiama e motiva l'intervento, il medico è tenuto a intervenire presso il luogo di ricovero. Il rifiuto si configura come indebito e dà luogo a responsabilità penale per rifiuto di atti d'ufficio ex art. 328 codice penale.

ASPETTI GIURIDICI

Da tempo giungono al Collegio domande ricorrenti di carattere professionale, contrattuale, legale, fiscale e relative all'attività libero professionale.

I quesiti, e le relative risposte, costituiscono un patrimonio che non vogliamo disperdere perciò questo spazio della rivista è in parte riservato alla pubblicazione delle risposte formulate.

I pareri sono espressi in collaborazione con professionisti esterni al Collegio, Studio Bizioli & Associati, Commercialisti e revisori contabili, Prof. Avv. Dario Vladimiro Gamba, Dott. Luca Benci, e altri consulenti specifici.

La documentazione integrale è comunque a disposizione presso la sede del Collegio

Diversa è la situazione nel caso in cui – come accade per le guardie mediche – l'intervento venga richiesto dal paziente direttamente. Il sindacato discrezionale a distanza è ammesso con relativa responsabilità in caso di errore di tale sindacato (Cass. pen. Sez. VI, 19 maggio 2005, n. 33018). Questa situazione non si riscontra per il caso in cui è un operatore sanitario qualificato a richiedere la prestazione. A tale proposito una recente pronuncia ha avuto modo di precisare:

“In tema di rifiuto di atti d'ufficio, il medico che effettua il turno di guardia notturna presso una struttura specializzata ad alto rischio, non può invocare la discrezionalità tecnica per giustificare comportamenti omissivi, quando si è in presenza di una specifica doverosità d'intervento. (Nella fattispecie la Corte ha ritenuto che la preventiva segnalazione di gravità ed urgenza del caso fornita dall'infermiere di turno, la ovvia considerazione, al di là di ogni direttiva interna, che i dosaggi medici di un farmaco come la dopamina non possono essere demandati alla discrezionalità dell'infermiere, sono tutti elementi che connotano il carattere di doverosità dell'intervento del medico qualificando penalmente il suo rifiuto)”.



Cass. pen. Sez. VI, 19-09-2003, n. 39108

Il rifiuto del medico diventa quindi penalmente rilevante nel momento in cui “vi sia stata una richiesta o comunque una qualche sollecitazione esterna, oppure una urgenza sostanziale impositiva dell'atto, resa evidente dai fatti oggettivi posti all'attenzione del soggetto obbligato ad intervenire”. (Cass. pen. Sez. VI, 11-05-2000, n. 10538).

In caso invece di difficoltà a contattare il medico – fermo restando che il medico in pronta disponibilità deve dare adeguata giustificazione anche in questo caso per non incorrere in responsabilità penale – bisogna distinguere il motivo della chiamata del medico e l'ora in cui viene chiamato. In caso di urgenza – situazione che si caratterizza dall'emergenza per le condizioni del paziente che richiedono un intervento pronto (in genere si stima nelle 12-24 ore) mentre nell'emergenza il paziente abbisogna di un intervento medico immediato in quanto si può trovare in una situazione clinica di instabilità o di criticità vitale – il medico di riferimento può essere la

guardia medica, figura che garantisce la c.d. continuità territoriale. In caso di emergenza deve essere allertato il servizio di emergenza extra ospedaliero noto come sistema 118.

Per quanto riguarda la prescrizione senza somministrazione i distinguo da fare sono diversi. In linea di massima, il principio generale a cui attenersi è relativo alla necessità della prescrizione medica. Di questa si può anche fare a meno in taluni casi laddove si sia in presenza di protocolli precisi, concordati e condivisi dal gruppo professionale. Inoltre tali protocolli possono vicariare la prescrizione medica solo laddove siano ancorati a precisi segni clinici nell'accezione più tradizionale del termine che ne dà la semeiotica medica. Quindi, se il protocollo è vincolato a segni clinici che l'infermiere può autonomamente rilevare (ad es. la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa ecc.), il protocollo è ammissibile proprio come surrogato della prescrizione; nel caso contrario – come per la rilevazione dei sintomi (i sintomi si caratterizzano per essere riferiti e non per essere rilevabili oggettivamente - no.

La situazione si complica nel momento in cui il mondo professionale e scientifico ha elaborato in questi anni scale di misurazione del dolore. Il dolore diventa quindi un parametro rilevabile oggettivamente e quindi assimilabile a un segno clinico.

A tale proposito alcune Regioni – stante i compiti di “tutela della salute” recentemente affidati con la riforma costituzionale c.d. del titolo V – hanno provveduto nell'ambito di generali strategie tese a combattere il dolore a progetti innovativi con strumenti vicarianti la prescrizione medica. Nell'esperienza della Regione Toscana, ad esempio, si stabilisce che vi devono essere attività di “identificazione e predisposizione degli strumenti di rilevazione del dolore di cui tutto il personale deve essere dotato. Predisposizione di adeguati spazi nelle cartelle cliniche per l'indicazione della rilevazione del dolore e verifica che sia misurato almeno tre volte al giorno in tutti i pazienti.

La misurazione del dolore è di competenza dell'infermiere, il quale dovrà ricevere la formazione opportuna per svolgere tale compito

Programmazione di attività formative a seconda delle necessità presenti nelle varie aree ospedaliere e a seconda delle lacune emerse nell'analisi iniziale.

La formazione deve essere permanente e avere carattere multidisciplinare e coinvolgere contestualmente medici e infermieri per chiarire le competenze e i percorsi.

Elaborazione nelle varie aree ospedaliere di protocolli di trattamento farmacologici e non farmacologici definendo un livello di intensità del dolore al di sopra del quale l'intervento antalgico sia automaticamente eseguito. Devono essere disponibili in tutti i reparti i farmaci analgesici nelle diffe-

renti confezioni con particolare attenzione alla morfina e adeguata diffusione deve essere data alle tecniche di medicina complementare per alleviare la sofferenza.

Sono quindi stati stabiliti dei protocolli che sostituiscono la prescrizione del medico, vincolati alla rilevazione del dolore con le scale adottate dal mondo professionale, superati determinati livelli di intensità l'infermiere esegue automaticamente l'intervento antalgico che spesso si compone di farmaci analgesico oppiacei.

In questo contesto – formazione, protocolli, condivisione multidisciplinare – non si rilevano problematiche giuridiche di legittimità. Fuori da questo contesto ovviamente sì.

Il ruolo dei protocolli può essere il vero discrimine – e non solo da un punto di vista organizzativo – per legittimare attività un tempo vietate all'infermiere e oggi potenzialmente permesse in relazione alla loro natura.

Per quanto riguarda la competenza nella compilazione della documentazione post mortem, questa è del medico.

Anche a Brescia successo del Progetto ECCE-InFAD

Continua nel 2007 la formazione fatta da infermieri per infermieri

a cura di **Stefano Bazzana**

A novembre gli infermieri bresciani iscritti ad ECCE-InFAD sono circa 1200, più del 15% degli iscritti al Collegio IPASVI, con una percentuale più alta in provincia che in città. Questa distribuzione, simile anche nel resto della Regione, fa pensare che il Progetto sia più apprezzato in provincia, dove l'offerta formativa di crediti ECM è generalmente più bassa. ECCE significa Educazione Continua Centrata sulle Evidenze; InFAD è un acronimo che potremmo leggere: Infermieri che si Formano A Distanza. In tutta Italia sono quasi 50.000, un ambizioso traguardo ormai raggiunto: più di 275.000 i percorsi affrontati e superati dagli infermieri e 25.000 gli iscritti che hanno già superato almeno un percorso. Federazione IPASVI e Agenzia italiana del farmaco (AIFA) sono intenzionate a sostenere il progetto anche per il 2007 con nuovi casi clinici assistenziali (uno alla settimana) e nuovi dossier.

I dati parlano da soli: in meno di sei mesi sono stati erogati più di 630.000 crediti formativi con una media di circa 13 crediti per ogni infermiere registrato. Il tutto gratuitamente!

L'entusiasmo per ECCE-InFAD sta contagiando tutta Italia, anche se è ancora importante la differenza tra Nord e Sud del Paese. La Lombardia, con più di 11.000 infermieri registrati, è la regione che in termini assoluti ha il maggior numero di iscritti. Se si confrontano i dati assoluti rispetto al numero di iscritti per ogni Collegio provinciale IPASVI si scopre che nel Nord le percentuali di infermieri iscritti a ECCE-InFAD sono superiori alla media nazionale (8,45%) e che il primo posto spetta alla Valle d'Aosta con oltre il 20% degli infermieri registrati. Nel Centro le percentuali sono leggermente inferiori alla media nazionale (Lazio 6,21%, Toscana 7,18), mentre molto sotto la media sono i dati relativi al Sud (Campania 2,6%, Molise 1,76%).

Secondo Paola Di Giulio, Coordinatrice Scientifica del Progetto, motivo del successo la semplicità d'uso del sistema abbinata alla serietà delle fonti di aggiornamento, rigorosamente basate sulle evidenze (EBN). Poter scegliere liberamente il momento da dedicare all'aggiornamento,

COMUNICAZIONI COLLEGIO

SI RICORDANO I NUOVI ORARI DI APERTURA DEL COLLEGIO

LUNEDI' E GIOVEDI' DALLE 14.00 ALLE 17.00

MARTEDI' E VENERDI' DALLE 9.00 ALLE 11.00

MERCOLEDI' CHIUSO

la possibilità di seguire un corso dedicato agli infermieri e basato sulla pratica quotidiana sono solo alcuni degli aspetti più apprezzati dagli infermieri che hanno lasciato in bacheca oltre 18.000 commenti positivi.

Come accedere al progetto ECCE InFAD

Collegarsi al sistema è semplice, basta avere un computer, una linea telefonica (non serve la banda larga o l'antenna satellitare) un collegamento a internet e una casella di posta elettronica.

La prima volta che si entra nel sito <http://aifa.progettoecce.it/> è necessario registrarsi. Cliccando sul tasto "Registrati" si accede alla scheda di registrazione, completata la quale si ricevono direttamente in posta elettronica le chiavi di accesso (ID e PIN) al sistema.

Agli ingressi successivi, digitando ID e PIN si entra direttamente nel Progetto InFad e si possono affrontare i percorsi formativi disponibili.

Si può accedere al sistema in qualunque momento della giornata (giorno e notte) e da qualunque computer.

www.aifa.progettoecce.it

Infermieri Europei, Presidenza Italiana

Nelle recenti elezioni tenutesi a Bruxelles la Fepi, Federazione europea delle professioni infermieristiche, ha eletto suo presidente per il prossimo quinquennio l'italiana Loredana Sasso, membro del Comitato centrale della Federazione Ipasvi e professore associato in Scienze infermieristiche all'Università di Genova.

Il Dr. Máximo González Jurado e la Sig.ra Anne Carrigy sono stati eletti Vicepresidenti, il Dr. Gennaro Rocco Segretario e la Sig.ra Sandra Arthur Tesoriera.

Compongono il Comitato direttivo anche la Sig.ra Tragica Simunec e il Sig. Dimitrios Skoutelis.

Tutti i membri del Comitato sono stati eletti all'unanimità.

Miglioramento Continuo Tempo di Nursing

Obiettivo del Consiglio Direttivo e del Comitato di Redazione nel corso dell'anno 2007 è lo sviluppo ulteriore della rivista, organo ufficiale del collegio IPASVI della provincia di Brescia. Al fine di facilitare l'organizzazione e la pubblicazione dei lavori che pervengono a Tempo di Nursing, la redazione ha delineato alcune norme generali per la stesura degli articoli, alle quali gli autori dovranno attenersi. Si ricorda al proposito che sui numeri 37/2003 e 40/2004 sono stati pubblicati dei contributi su come scrivere un articolo scientifico, come scrivere un abstract strutturato e come scrivere una review.

Si vedano le norme editoriali a pagina 44.

Diagnosi infermieristiche

L.J. Carpenito-Moyet

CEA 2006 - Casa Editrice Ambrosiana - www.caeedizioni.it

La nuova edizione del testo di L.J. Carpenito-Moyet dedicata alle diagnosi infermieristiche.

a cura di Guglielmo Guerriero

In questa nuova edizione italiana, curata da Carlo Calamandrei e Laura Rasero, molti argomenti sono stati oggetto di un aggiornamento accurato, anche alla luce del notevole lavoro portato avanti in questi ultimi anni dalla NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) a miglioramento e completamento del suo elenco di diagnosi infermieristiche e della relativa tassonomia. In più, la trattazione di ciascuna diagnosi è ora completata con l'indicazione di risultati infermieristici di riferimento tratti dalla classificazione NOC (Nursing Outcomes Classification) e di interventi tratti dalla classificazione NIC (Nursing Interventions Classification).

Come nelle edizioni precedenti, anche stavolta il volume comprende tre sezioni, che sono seguite da due appendici.

La prima sezione, dedicata alla diagnosi infermieristica nel processo di assistenza, è la più ricca di concetti, a cominciare da quello di "modello bifocale". La seconda sezione, che è di gran lunga la più ampia, è dedicata alle singole diagnosi infermieristiche, quelle del repertorio NANDA più alcune aggiunte dall'autrice. La terza sezione ha per oggetto numerosi problemi collaborativi, presentati sotto forma di complicità potenziali di situazioni patologiche. Chiudono il volume due appendici dedicate rispettivamente ai modelli funzionali della salute e alle diagnosi di benessere.

L'opera costituisce il modello fondamentale per comprendere il sistema tassonomico ed applicativo delle diagnosi infermieristiche e dei problemi collaborativi correlati alla pratica infermieristica. Pertanto il testo di Carpenito-Moyet è destinato agli studenti universitari dei corsi di laurea, ma ancora più utile è la sua applicazione in ambito clinico e professionale come leva per fornire nuovi modelli assistenziali e documentare l'agire professionale dell'infermiere. Ineludibile.



Il manuale dell'infermiere

S. Nettina

Opera in 2 volumi, di complessive 1736 pagine, illustrato a colori
www.piccin.it

a cura di **Guglielmo Guerriero**

Il Manuale dell'Infermiere continua a seguire una struttura basilare per poter essere letto con facilità ed essere facilmente accessibile. Le divisioni continuano a seguire sia un modello medico ed un modello di metodo infermieristico, fondato sul processo di nursing.

Come è nella tradizione pluriennale del "Manuale dell'Infermiere", le informazioni sul modello bio-medico forniscono conoscenze ed approfondimenti relativamente ai meccanismi fisiopatologici che sottostanno alle manifestazioni cliniche del paziente, come pure le ragioni alla base dei test diagnostici e della cura.

Nella sezione infermieristica, in questa edizione è stata inserita l'Assistenza in comunità e a domicilio perché queste informazioni sono una parte fondamentale dell'assistenza sanitaria per molti problemi sanitari.

Tutta l'opera è centrata sui bisogni e su problemi di salute del paziente in qualsiasi ambientazione, le considerazioni sull'assistenza in comunità e a domicilio offrono degli altri interventi specifici per programmare ed implementare l'assistenza del paziente a domicilio.

Il Manuale dell'Infermiere è diviso in cinque parti, con lo scopo di fornire un approccio globale di tutti i tipi di assistenza infermieristica.

La Parte I tratta il Ruolo dell'Infermiere nel sistema di assistenza sanitaria.

Comprende capitoli sulla Pratica e la Metodologia del Nursing, sugli Standard dell'assistenza e le questioni etiche e legali, la Salvaguardia della salute e l'assistenza preventiva, la Genetica e le applicazioni sanitarie.

La Parte II si occupa dell'Assistenza Medico-Chirurgica.

Le considerazioni generali sono presentate nella Sezione I, comprese la Valutazione obiettiva dell'adulto, la Terapia endovenosa, l'Assistenza infermieristica perioperatoria, l'Assistenza

SCAFFALE



infermieristica ai pazienti con cancro e le Modificazioni legate all'invecchiamento.

Le Sezioni dalla II alla XII trattano delle funzioni e disfunzioni dei vari apparati e delle varie patologie di cui si occupa l'assistenza infermieristica medico-chirurgica dell'adulto.

La Parte III tratta dell'Assistenza alla Gravidanza ed al Neonato. I capitoli comprendono la Salute materna e fetale, il Trattamento infermieristico durante il travaglio ed il parto, il Trattamento della madre e del neonato durante il periodo del postpartum, le Complicazioni dell'esperienza della nascita. I capitoli riflettono le esperienze di routine del parto come pure situazioni ad alto rischio, che si verificano di frequente, e problemi che possono verificarsi sia per la madre che per il neonato.

La Parte IV si occupa del Nursing Pediatrico. I capitoli sono divisi in due sezioni. Una sezione comprende le Considerazioni pratiche generali, quali la Crescita e sviluppo in età pediatrica, la Valutazione fisica in pediatria, le Cure pediatriche di base e l'Assistenza al bambino malato od ospedalizzato. La sezione restante contiene i capitoli basati sugli apparati corporei per descrivere le varie patologie e la corrispondente assistenza infermieristica pediatrica.

La Parte V è sul Nursing pediatrico. Il materiale è classificato in base alla classificazione delle malattie mentali del DSM IV (Manuale Diagnostico e Statistico). Si prendono in esame per ogni malattia le rispettive cure e assistenza infermieristica.

Il "Manuale dell'Infermiere" è un'opera giunta, in questa edizione, ad una maturazione editoriale e scientifica che lo rende proponibile sia agli studenti dei corsi di laurea in infermieristica ma anche, soprattutto a giudizio della redazione, dei professionisti infermieri che operano in ambito clinico ospedaliero e sul territorio. La ricchezza iconografica e gli approfondimenti offerti relativamente all'applicazione di protocolli e procedura fornisce le basi per una pratica basata su evidenze e prove di efficacia. La completezza e l'accuratezza ne fanno un testo difficilmente rinunciabile per un infermiere clinico contemporaneo.

NORME REDAZIONALI TEMPO DI NURSING

Istruzioni per le proposte di Pubblicazione

Le proposte di pubblicazione saranno accettate ad insindacabile giudizio del comitato di redazione.

Ogni articolo esprime il lavoro e/o le convinzioni degli autori, i quali assumono la responsabilità di quanto dichiarato.

Gli articoli dovranno pervenire, esclusivamente in formato elettronico e preferibilmente via e-mail, su file Word, agli indirizzi segnati in calce.

Gli autori sono tenuti a specificare se la proposta di pubblicazione è stata inoltrata presso altre riviste.

Nella prima pagina dovranno essere indicati:

- Titolo dell'articolo
- Autori con nomi completi e qualifiche professionali
- Istituzioni di appartenenza (con indicazione delle città e sedi delle Istituzioni)
- Recapiti per eventuali contatti - Nominativo dell'Autore a cui indirizzare l'eventuale corrispondenza, per il quale devono essere indicati: indirizzo postale; numero telefonico di più facile reperibilità; numero di fax e indirizzo di posta elettronica (e-mail). Allegare un breve curriculum vitae, in formato europeo.
- Dell'autore verrà pubblicato esclusivamente il recapito email

Il testo deve essere il più conciso possibile e non superare in ogni caso le 10 cartelle di 30 righe a 60 battute per riga.

È necessario allegare un abstract (riassunto) di circa 500 caratteri, massimo 200 parole. Eventuali tabelle, fotografie o diagrammi debbono essere citati sequenzialmente nel testo e numerati progressivamente con numeri arabi (es. Tabella 3, Foto 4, Diagramma 2); nel testo dovrà essere indicato chiaramente il punto in cui debbono apparire. Ogni tabella o diagramma dovrà avere un titolo (al di sopra) ed una didascalia breve (al di sotto). Le fotografie o illustrazioni saranno corredate da una breve didascalia.

Fotografie ed illustrazioni **NON** andranno inserite nel testo Word, ma allegate a parte in formato .jpg di buona qualità, dimensioni approssimative cm 8x12 a 300dpi (circa 1000x1500 pixel). Il nome del file dovrà richiamare il contenuto, ad es: tabella3.xls, foto04.jpg, diagramma2.jpg, ...). Nel caso di grafici realizzati con Excel, è opportuno spedire direttamente il file Excel con il quale sono stati generati.

L'articolo di ricerca (o riassunto strutturato) dovrà essere predisposto come un articolo scientifico, ovvero dovrà prevedere le seguenti aree, anche se non delimitate da specifici paragrafi:

Introduzione

Scopo

Materiali e Metodi

Risultati

Discussione

Conclusioni

Bibliografia