



ACQUORA

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como

TAVOLA ROTONDA

EMERGENZA INFERMIERI:
ARRIVANO GLI O.S.S.....

le figure di supporto all'assistenza
infermieristica

12 OTTOBRE 2001

Como - Centro Cardinal Ferrari

S o m m a r i o

- * Editoriale
- * Commissione formazione
- * A proposito di laurea.....

- * Medicazioni avanzate queste sconosciute
- * Rilevazione dati sulla qualità dei servizi erogati dal poliambulatorio
- * Bacheca



Tra i tanti momenti e passaggi critici che la professione infermieristica ha vissuto e sta vivendo nel suo percorso di professionalizzazione, vi è indubbiamente la "crisi", legittima, dei caposala.

L'infermiere abilitato a funzioni direttive nasce nel 1925 dove, con il RD 1832 venne sancito a livello nazionale il corso biennale per infermiere professionale e un terzo anno di corso per l'abilitazione a funzioni direttive.

In mezzo ad alterne vicende radicate nella storia dell'esercizio infermieristico italiano, il "caposala" è stato un "caposaldo" attorno al quale ha ruotato l'organizzazione ospedaliera: punto di riferimento, oltre che per gli infermieri, per i pazienti, i medici, il primario e tutti gli operatori sanitari che si fanno carico dell'assistenza.

Dal 1992 qualcosa è mutato: il riordino dell'assistenza sanitaria con il decreto legislativo 502/92 che non nomina mai gli infermieri, l'ingresso della formazione infermieristica in università e la progressiva disattivazione dei corsi nelle scuole infermieri, tra cui quello per caposala.

Ad oggi, 2001, il dato oggettivo è che da nove anni non si formano più abilitati alle funzioni direttive.

Omicidio premeditato di un ruolo e una funzione vitale nella sanità o solo "disagi da lavoro in corso"?

Personalmente, con assoluta e totale sincerità, attribuisco la situazione odierna alla seconda alternativa.

Tenterò, in modo sintetico, di esplicitare le argomentazioni che mi portano a questa conclusione.

In primo luogo, le recenti norme di riordino del sistema sanitario hanno particolarmente investito sulle responsabilità gestionali ed organizzative dei dirigenti sanitari (dirigenti medici in primis); per accedere alla dirigenza occorre essere in possesso del diploma di laurea, del diploma di specializzazione e dell'iscrizione all'albo.

Dirigere vuol dire governare i processi organizzativi tra cui quelli assistenziali: il gruppo infermieristico giuridicamente era governato da dirigenti medici che potevano o meno delegare la gestione dell'assistenza infermieristica al caposala (le alterne e personali vicende dei colleghi ce lo confermano).

In secondo luogo, l'ingresso in università della formazione infermieristica di base è iniziato con la strutturazione del diploma universitario; il DM 509/99 ed il DM 2/2001 danno finalmente la possibilità di attivare i corsi di laurea, laurea specialistica ed i master di primo e secondo livello.

In tale logica, laurea e master di primo livello forniscono i capisaldi della formazioni clinica, laurea e master di secondo livello quelli della formazione manageriale; i futuri "dirigenti infermieristici di U.O." hanno la loro collocazione legittima nel percorso formativo universitario italiano.

Già, ma gli attuali caposala, non più riconosciuti formalmente a livello organizzativo, formativo ed emblematicamente anche a livello contrattuale?

A mio avviso, l'attuale orientamento normativo, che lascia alle aziende sanitarie la totale autonomia nel definire il modello organizzativo aziendale, dà la possibilità alla dirigenza infermieristica di progettare spazi e ruoli del coordinamento infermieristico.

Si potrebbe ad esempio strutturare un progetto organizzativo che preveda, in linea con le norme di riordino e contrattuali:

- * coordinatore infermieristico di struttura semplice
- * coordinatore infermieristico di struttura complessa
- * coordinatore infermieristico di dipartimento
- * posizioni organizzative per particolari funzioni all'interno del dipartimento/servizio infermieristico.

Ovviamente la conditio sine qua non è il possesso del titolo di abilitazione ma occorre anche pensare a criteri aggiuntivi per differenziare le responsabilità, le funzioni e ovviamente il riconoscimento economico.

Tra i criteri, oltre all'esperienza professionale, si possono annoverare ad esempio il possesso della maturità, corsi di formazione manageriale, attività didattica, di ricerca, pubblicazioni e consulenze.

Esaurire un argomento così complesso in poco spazio è praticamente impossibile; ciò che mi auguro emerga è la concreta possibilità di "ripensare" e "riprogettare" il ruolo dei coordinatori infermieristici in modo assolutamente innovativo e creativo per superare il "disagio da lavori in corso" e ritrovare la motivazione che per più di mezzo secolo ha animato i caposala.

COMMISSIONE FORMAZIONE

RELAZIONE DELLE ATTIVITA' SVOLTE NEL 1° SEMESTRE 2001

Luigia Caldera, Marina Baragiola, Rossana Cinelli, Rosella Maffia, Daniela Paganini, Nadia Zuppa

E' già trascorso il primo semestre dell'anno: la Commissione Formazione ritiene opportuno verificare e far conoscere agli iscritti come si sta procedendo verso il raggiungimento degli obiettivi definiti ad inizio anno.

Gli obiettivi per l'anno in corso sono sostanzialmente due: implementare il numero dei "Pomeriggi Infermieristici" ed attuare un sistema di valutazione per ciascun incontro.

In relazione al primo obiettivo, il confronto può essere unicamente eseguito con l'anno 2000: durante il primo semestre erano stati svolti due incontri e nell'anno complessivamente quattro. Nel primo semestre del 2001 sono già state svolte quattro iniziative di aggiornamento e ne sono previste altre tre entro la fine dell'anno. E' quindi positivo il risultato finora raggiunto!

Per verificare invece il secondo obiettivo, l'attuazione cioè di un sistema di valutazione per ciascuno degli incontri, basterebbe banalmente controllare se nella cartelletta dei partecipanti agli incontri dei "Pomeriggi Infermieristici" è presente un questionario di fine corso.

Coloro che hanno partecipato hanno trovato questa "novità".

E' allora positivo anche questo risultato. Tuttavia lo scopo della Commissione Formazione va oltre. Attuare un sistema di valutazione è, infatti, un processo ben più complesso ed articolato che inserire un questionario nella cartelletta di un partecipante ad un corso di aggiornamento. Significa innanzi tutto scegliere di applicare un'importante fase del processo formativo, per presidiare l'evento stesso così da farlo coincidere quanto più agli obiettivi del corso. Significa inoltre "mettersi in discussione", perché si è disposti a correre il rischio di affrontare insuccessi dichiarati, ma - positivo rovescio della medaglia - anche successi insperati! Oltre alle fasi che già la Commissione segue per l'organizzazione di un incontro, si è deciso di elaborare ed utilizzare uno strumento che permetta di ottenere dai partecipanti ai "Pomeriggi" una serie di dati oggettivi, confrontabili ed utili alla Commissione, che li elabora e li interpreta. I dati da raccogliere riguardano le questioni nodali di ciascun incontro: la Commissione ha individuato circa una decina di domande. Queste indagano: le aspettative dei partecipanti, l'interesse verso gli argomenti/contenuti trattati, la capacità espositiva dei relatori, il gradimento globale dell'iniziativa. Una sezione permette ai compilatori di esprimere apertamente quindi le proprie opinioni. Tutte le informazioni raccolte permettono di "ritarare" i successivi incontri.

Per esprimere la sua valutazione, il partecipante all'incontro ha a disposizione una scala semantica con cinque gradi di valore, dove uno è il valore minimo attribuibile e cinque il valore massimo. Ad esempio:

Domanda 1: l'iniziativa ha corrisposto alle tue aspettative?

1	2	3	4	5	
NO				SI	
(valore minimo)				(Valore massimo)	

Tutti i questionari consegnati sono analizzati e viene calcolato "l'indice di soddisfazione", così come propone la "Guida pedagogica" di J.J. Guilbert. I valori percentuali ottenuti permettono di interpretare inequivocabilmente i dati. Valori inferiori a 60% segnalano problematiche da approfondire.

Nella tabella sottostante sono riportati i dati ottenuti dai questionari raccolti negli incontri svolti nel primo semestre 2001.

TITOLO DELL'INIZIATIVA

ELEMENTI VALUTATI

Iniziativa coincidente con l'assemblea degli iscritti Stasera mi butto..L'Infermiere e il burn out Un salto nel futuro La persona morente e le cure di fine vita

	data	25 gennaio	7 aprile	10 maggio	26 giugno
Numero di partecipanti		34	48	34	95
Numero di schede analizzate		23	30	30	67
Percentuale schede analizzate/partecipanti		67.64%	62.5%	88.23%	70.52%
Corrispondenza dell'iniziativa alle proprie aspettative		95.65%	89.28%	76.42%	70.74%
Corrispondenza dei contenuti alle proprie aspettative		94.78%	91.42%	77.85%	70.74%
Difficoltà dell'argomento trattato - 1° relatore		97.39%	Non indagato	Non indagato	Non indagato
Difficoltà dell'argomento trattato - 2° relatore		93.04%	Non indagato	Non indagato	Non indagato
Interesse verso l'argomento trattato - 1° relatore		Non indagato	92.85%	88.66%	79.1%
Chiarezza/efficacia di trattazione degli argomenti-1° relatore		94.28%	94.28%	88.38%	83.28%
Interesse verso l'argomento trattato - 2° relatore		Non indagato	—	—	69.25%
Chiarezza/efficacia di trattazione degli argomenti -2° relatore		80.9%	—	—	65.95%
Interesse verso l'argomento trattato -3° relatore		—	—	—	91.04%
Chiarezza/efficacia di trattazione degli argomenti - 3° relatore		—	—	—	91.04%
Valutazione globale dell'iniziativa		95.45%	94.28%	82.14%	77.31%

Il numero dei partecipanti ai "Pomeriggi Infermieristici" è sensibilmente cresciuto, soprattutto nell'ultimo incontro. Probabilmente uno tra gli elementi che ha contribuito ad una massiva partecipazione - rispetto ai precedenti incontri - è la comunicazione puntuale e capillare agli iscritti e l'affissione negli ambiti di lavoro di locandine, peraltro graficamente piacevoli.

Pur mantenendo valori dignitosi, le aspettative dei partecipanti hanno indici in discesa. E' allora importante capire quali sono le variabili che incidono: sono d'aiuto in questo caso le osservazioni, le critiche ed i punti deboli che i parte-

cipanti esprimono nel questionario. Paradossalmente però ci si trova perplessi di fronte alle diverse e variegata affermazioni dei partecipanti quando sono tra loro diametralmente opposte...

Il dato che può essere ritenuto significativo è quello della valutazione globale dell'iniziativa, che riassume sinteticamente il gradimento complessivo del partecipante. Tutti i dati riportati in tabella per questa voce sono molto positivi, a dimostrazione che, probabilmente, è opportuno insistere nel proporre le iniziative dei "Pomeriggi Infermieristici", nonché migliorare ulteriormente gli incontri stessi, anche in collaborazione con coloro che desiderano fornire il proprio contributo!

Vi invitiamo pertanto a contattare la Commissione Formazione e vi aspettiamo ai prossimi "Pomeriggi Infermieristici".



A proposito di laurea....

a cura del Consiglio Direttivo

Considerando il grande interesse dei colleghi comaschi per il tema della laurea, vorremmo dare, in modo sintetico, alcune informazioni disponibili dalla normativa.

Per quanto riguarda lo stato di attuazione e di attivazione dei corsi di laurea, non è disponibile presso il collegio l'elenco di corsi attivati perché, in virtù dell'autonomia didattica degli atenei, ogni università definisce i tempi e i modi di attuazione dei **D. MURST 509/99 e 136/01**.

In sintesi:

1. Il decreto del ministero della sanità del 27/08/00 sancisce l'equipollenza, ai fini dell'esercizio e dell'accesso alla formazione post-base dei diplomi di infermiere professionale e vigilatrici d'infanzia con i diplomi universitari di infermiere ed infermiere pediatrico.

2. Il decreto MURST 509/99 introduce l'autonomia didattica degli atenei ed il percorso formativo europeo costituito da due livelli di laurea.

I titoli rilasciati dalle università sono quindi:

- * laureato (diploma di laurea triennale)
- * dottore (diploma di dottorato biennale)
- * specialista (diploma di specializzazione annuale)
- * dottore di ricerca (diploma di dottorato di ricerca)

Per essere ammessi al corso di laurea occorre essere in possesso di un diploma di scuola secondaria superiore.

Per conseguire la laurea lo studente deve aver acquisito 180 crediti comprensivi di quelli relativi alla conoscenza obbligatoria di una lingua dell'Unione europea.

Per consentire la laurea specialistica lo studente deve aver acquisito 300 crediti compresi quelli già acquisiti per la laurea.

Ogni anno di studio è composto convenzionalmente da 60 crediti, quindi:

3 anni (60 x 3 = 180 crediti) laurea 1° livello

2 anni (60 x 2 = 120 crediti) 180 + 120 crediti = 300 crediti: laurea 2° livello

1 anno (60 crediti) = diploma di specializzazione

Un credito formativo corrisponde a 25 ore di lavoro per studente; 60 crediti annuali corrispondono a 1500 ore di

impegno.

Le università possono attivare corsi di alta formazione permanente e ricorrente, successivi al conseguimento della laurea o della laurea specialistica, con attività corrispondente a 60 crediti (1 anno), alla conclusione dei quali viene rilasciato il titolo di master universitario (di primo o secondo livello).

3. Il decreto MURST 136/01 determina le classi delle lauree e lauree specialistiche delle professioni sanitarie.

La classe di laurea delle professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche prevede 118 crediti formativi, cioè 3540 ore (1 credito corrisponde a 30 ore).

La classe di laurea specialistica prevede 198 crediti formativi cioè 4950 ore (1 credito corrisponde a 25 ore).

4. La situazione attuale è così delineata:

* sono ancora da definire i meccanismi di equipollenza e/o accreditamento dei diplomi universitari e titoli precedenti ai diplomi di laurea.

* sono ancora da definire gli indirizzi dei master universitari di 1° e 2° livello (l'orientamento è di approfondimento clinico nelle 5 aree previste dal profilo per il 1° livello; di approfondimento clinico e manageriale per il 2° livello).

* le università entro 18 mesi dalla data di pubblicazione del D. MURST 136/01 devono adeguare gli ordinamenti didattici (il termine è quindi entro l'anno accademico 2002/03).

* molte università devono ancora disciplinare, attraverso i regolamenti didattici di ateneo, gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea.

* Devono ancora essere disciplinati gli accessi ai corsi di laurea da parte degli esercenti le professioni sanitarie in possesso dei requisiti previsti (maturità quinquennale).

Questo è il panorama attuale rispetto alla laurea; l'impegno del Consiglio Direttivo è orientato a divulgare in modo tempestivo ogni elemento aggiuntivo che si andrà a definire.



MEDICAZIONI AVANZATE QUESTE SCONOSCIUTE

I.P. Gianpiera Secotaro

PRINCIPI GENERALI DI TRATTAMENTO

Non esiste una metodica ottimale d'intervento per la lesione da decubito. Il trattamento varia in base alle condizioni del paziente e della lesione: esistono però alcuni principi generali di cui si deve tenere conto nella scelta del trattamento più idoneo.

* **Umidità.** Il concetto di guarigione in ambiente umido è un'acquisizione delle ricerche sulla riparazione della ferita: le cellule epiteliali migrano solo sui tessuti viventi; pertanto la formazione di croste ne ritarda la progressione poiché in questo caso la migrazione può avvenire solo al di sotto di esse. La sola occasione in cui è preferibile tenere la lesione asciutta è nel paziente terminale, non essendovi possibilità di guarigione.

* **Temperatura.** I leucociti sono particolarmente vulnerabili alle variazioni di temperatura: una diminuzione anche di 2° C è sufficiente ad inibire la loro mobilità. È perciò preferibile evitare di lasciare esposta a lungo all'aria la lesione da decubito quando si cambia la medicazione, per evitare la dispersione di calore e l'esposizione agli agenti infettivi.

* **Movimento.** È preferibile evitare di muovere i margini della lesione perché ciò può ostacolare la guarigione. Nelle fasi iniziali della riepitelizzazione, infatti, le lingule di cellule epiteliali, che migrano attraverso la superficie della lesione, hanno uno scarso potere d'adesione al derma sottostante, da cui possono essere facilmente staccate per il movimento dei margini. Anche cambiamenti di medicazioni troppo frequenti possono ostacolare la riepitelizzazione.

* **Equilibrio acido-base.** La diminuzione del pH a livello della superficie di lesione provoca la perdita dei movimenti ritmici che generalmente si osservano sulla superficie delle cellule epiteliali. L'aumento del pH provoca immobilità e contrazione delle cellule; la riduzione provoca, invece, riduzione della fagocitosi. Il pH si modifica durante il processo di riparazione e qualsiasi trattamento terapeutico topico dovrebbe rispettare le modificazioni fisiologiche.

I TRATTAMENTI TOPICI

* **Detersione.** Al fine di ottenere una buona, e non caustica, pulizia della ferita, è necessario utilizzare abbondante soluzione fisiologica o il ringer lattato; allo scopo di ridurre la carica batterica, rimuovere l'essudato e gli eventuali detriti organici e non, senza ledere il tessuto di granulazione.

* **Disinfezione.** "Non mettere nella ferita ciò che non vorresti fosse messo in un tuo occhio" (dr. George Rodeheaver). Dopo la detersione della ferita, non, utilizzare gli antisettici. "Tutti gli antisettici sono dei killer protoplasmatici" (dr. William Beard), perché il loro unico meccanismo d'azione è di distruggere le pareti cellulari. I disinfettanti di qualsiasi tipo, danneggiano i tessuti e interferiscono con la funzione tessutale, aggravando così la ferita esistente ritardandone la cicatrizzazione.

* **Infezione, colonizzazione.** È necessario distinguere i due concetti. L'infezione è definita come l'invasione e moltiplicazione di microrganismi a livello dei tessuti con liberazione di tossine, reazioni antigene anticorpo e replicazione intercellulare dei germi (100.000 microrganismi per grammo di tessuto). L'ulcera cutanea infetta può essere diagnosticata in base alla presenza dei segni clinici d'infezione come l'eritema, l'ipertermia, il dolore, l'edema, l'odore e l'essudato purulento. A tale proposito è consigliabile eseguire un prelievo biotico per effettuare la coltura dei tessuti, un'appropriata terapia antibiotica sistemica e una disinfezione accurata della lesione, al fine di impedire complicanze come l'osteomielite, la sepsi, ecc. La colonizzazione, invece, indica la presenza di germi in assenza d'infezione. L'ulcera cutanea è una lesione che non può essere considerata sterile, la presenza di batteri su di un'ulcera cronica sembra addirittura favorire la riparazione tessutale attraverso uno stimolo di tipo infiammatorio e grazie alla rimozione del tessuto devitalizzato da parte dei microrganismi.

* **Rimozione del tessuto devitalizzato.** Chirurgicamente, dove consigliabile, per lesioni particolarmente profonde e a cura del chirurgo, oppure con pomate enzimatiche o idrogeli, di cui parleremo più avanti.

LE MEDICAZIONI AVANZATE

La medicazione è un materiale che è messo a diretto contatto con la lesione. L'obiettivo della medicazione ideale è di creare l'ambiente ideale per il processo di guarigione della lesione stessa. Ciò può essere ottenuto eliminando prima di tutto i fattori negativi. Una lesione aperta esposta direttamente all'aria si disidrata e si forma una crosta o escara, con rallentamento di tutti i processi chimico-enzimatici e cellulari.

La medicazione deve rispettare i seguenti principi basilari:

* Mantenere l'ambiente umido all'interfaccia con la lesione da decubito;

* Permettere lo scambio gassoso d'ossigeno, anidride carbonica, e vapore acqueo.

* Garantire l'isolamento termico. Prevenendo l'evaporazione dell'essudato, la medicazione protegge il letto della lesione dal raffreddamento, mantenendo la temperatura ottimale per la rigenerazione cellulare (37° C);

* Essere impermeabile ai microrganismi esogeni, il problema delle infezioni con bendaggi occlusivi o semi-occlusivi è estremamente limitato;

* Non contenere particelle contaminanti, che potrebbero favorire le infezioni o provocare una risposta tessutale negativa;

* Non aderire. La rimozione di una medicazione aderente causa dolore e può anche asportare porzioni di tessuto

neofornato, preservare i margini della lesione;

* Essere sicura, non deve allergizzare;

* Essere comoda e non dolorosa. Facilità d'applicazione, istruzioni chiare, varie dimensioni, resistenza agli sforzi di sfregamento, assenza di dolore all'applicazione e al cambio;

* Avere alta assorbenza;

* Dare risultati riproducibili, standardizzando le metodiche ed ottenere dati omogenei e valutabili statisticamente;

* Permettere l'osservazione costante della lesione;

* Garantire una protezione meccanica: da traumi, batteri esogeni, contaminazioni d'ogni genere;

* Essere sterilizzabile;

* Conformarsi alle superfici irregolari;

* Avere intervalli di cambio sufficientemente lunghi.

Sulla base di questi principi generali sono state progettate, nel corso degli ultimi 20 anni, medicazioni che si basano sul principio della cura in ambiente umido, e che rispondono a molte delle caratteristiche della medicazione ideale. Tale medicazione può essere singola oppure una combinazione di più medicazioni. Si definisce medicazione primaria quella che entra in contatto diretto con la superficie di lesione e medicazione secondaria quella che ancora la medicazione primaria alla cute. Oggi sono sempre più presenti medicazioni complete che assolvono la funzione primaria e quella secondaria. Le principali categorie di queste medicazioni avanzate sono: alginati, collagene, garze impregnate, idrocolloidi, idrofibre, idrogeli, medicazioni non aderenti, paste-polveri, pellicole trasparenti (films), schiume.

PRODOTTO	CATEGORIA	INDICAZIONI	VANTAGGI	PRECAUZIONI	MODALITÀ D'IMPIEGO
Pellicole trasparenti (Biocclusive, Opsite flexigrid e flexifix, Tegaderm, ecc.)	Sottili membrane di polietilene o poliuretano, permeabili ai gas e al vapore, non assorbente, realizzata in un ambiente umido, disponibile in varie dimensioni	Prevenzioni di sedi ad alto rischio, lesioni fino al II stadio, medicazione secondaria, ulcere in fase di guarigione, debridement autolitico	Consente l'ispezione della lesione in ogni momento, è adesiva e molto conformante	Controindicata in ferite infette o molto essudanti	Previa detersione della ferita e della cute circostante, che deve essere asciutta, si applica il film che deve aderire per 5 cm su cute sana. Sostituire la medicazione al distacco, formazione di bolle d'essudato od ogni 7 giorni
Idrocolloidi (Comfeel, Duoderm, Askina Hydro, Cutinova Hydro, ecc. in vari formati e composizioni,	Medicazione semipermeabile, adesiva, con media capacità assorbente, realizzata in un ambiente umido, è conformante, di vario spessore, misure e geometria, polvere o pasta	Lesioni a spessore parziale e totale, essudazione media, ulcere con tessuto necrotico da rimuovere, medicazione secondaria	È conformabile, assorbente, impermeabile verso contaminanti esterni, promuove il debridement autolitico, la pasta e la polvere necessitano di medicazione secondaria	Controindicata in ulcere fortemente essudanti, cute perilesionale facilmente deteriorabile, può favorire la proliferazione del tessuto, emadevole	Previa detersione applicare la medicazione debordando di 3 cm, può essere tagliata, frequenza di cambio variabile, dai 2 ai 7 giorni
Schiume di poliuretano (Allelyna, Cutinova, Lyofoam, Tielle Polymem, Askina Transorber, ecc. in vari formati e spessori	Spugna di materiale idrofilico, assorbente, conformabile, isolante, mantiene l'ambiente umido, può essere adesiva o non, di spessore variabile e manifattura diversa (placca, cuscinetto, ecc.)	Lesioni a spessore parziale e totale, essudazione da minima ad intensa, cute perilesionale deteriorabile, lesioni cavitari, associate ad altre medicazioni	Alta capacità assorbente, semplicità d'uso, conformabilità	Controindicata in ferite non essudanti, in presenza di tragitti fistolosi, non tagliare mai i formati cavitari	Detergere, applicare la medicazione con un bordo di 3 cm, tagliarla se necessario (tranne i cuscinetti), verificare il lato d'applicazione, ancorare se necessario, cambio fino a 7 giorni, in base all'essudato

<p>Idrogeli Duoderm idrogel, Comfeel Deo e Puliron Gel, Nu- Gel Placche e flui- do, Intrasite gel, Katogel, ecc.</p>	<p>Prodotti in lamine tridimensionali o in gel amorfi, composti principalmente da acqua (75%) e glicerina, con alta capacità idratante, promuovono un ambiente umido, disponibili in lamine, gel o garze impregnate</p>	<p>Lesioni a spessore parziale o totale, essudazione media, lesioni croniche con escara, lesioni infette, associate a medicazioni secondarie</p>	<p>Alta capacità idratante, promuovono l'autolisi, sono altamente conformanti, possono veicolare principi attivi farmacologici, hanno uno spiccato effetto anestetico</p>	<p>Controindicati su lesioni fortemente essudanti, verificare macerazione cute perilesionale, o contaminazione per un uso scorretto</p>	<p>Le lamine possono essere conformate, il gel amorfo si usa in ferite cavitari e deve essere mantenuto in sede da una medicazione secondaria, durante il processo autolitico controllare frequentemente la lesione. Se è presente macerazione perilesionale usare meno prodotto o cambiare più frequentemente la medicazione</p>
<p>Alginati (Algosteril, Comfeel seasorb, Kaltostat, ecc.)</p>	<p>Medicazioni a base di sali di calcio e sodio dell'acido alginico (polimero estratto da alghe di mare), assorbe l'essudato e si trasforma in gel, non aderente, non occlusiva, conformabile, in pad e in nastro</p>	<p>Lesioni a spessore parziale e totale, essudazione media-intensa, lesioni contaminate ed infette, cavitari, sottominati o tragitti fistolosi</p>	<p>Medicazione assorbente, semplicità d'uso, capacità emostatica, utile come medicazione di riempimento</p>	<p>Controindicata su lesioni secche, con escara o tessuto necrotico</p>	<p>Nelle lesioni cavitari evitare di stipare la sede, applicare medicazione secondaria, frequenza di cambio anche bigiornera, può essere presente bruciore dovuto ai sali di calcio e sodio, può essere prevenuto usando una soluzione salina prima dell'applicazione</p>
<p>Idrofibre (Aquacel, Askina sorb)</p>	<p>Medicazione in tessuto non tessuto e soffici fibre idrocolloidali, che tendono a gelificare dopo l'assorbimento dell'essudato. Promuove un ambiente umido, riduce il rischio della macerazione perilesionale. Disponibile in pad e nastro</p>	<p>Lesioni a spessore parziale e totale, essudazione media-intensa, lesioni contaminate, o infette, lesioni cavitari, lesioni con sottominature o tragitti fistolosi.</p>	<p>Alta capacità assorbente, preserva la cute perilesionale, semplicità d'uso, non aderisce alla lesione, può essere tagliata per conformarsi, rimozione integra della medicazione.</p>	<p>Controindicata su lesioni secche necrotiche.</p>	<p>Detergere, applicare la medicazione con un bordo perilesionale di 3 cm, se lesione piana, altrimenti applicare senza stipare il nastro in presenza di lesioni cavitari, necessita di medicazione secondaria, meglio films. Può rimanere in sede fino a 7 giorni.</p>
<p>Collagene (Condress, Skinat, ecc.) E' una specialità medicinale</p>	<p>Collagene estrattivo bovino. Promuove la formazione e l'organizzazione di nuove fibre collagene. Disponibili in pad,</p>	<p>Lesioni a spessore parziale o totale, essudazione minima-media, lesioni contaminate, lesioni che necessitano d'emostasi.</p>	<p>Modesta capacità assorbente, non adesività, possono essere associate a principi attivi per uso topico.</p>	<p>Può essere presente sensibilità ai derivati del collagene. Su lesioni secche idratare prima con soluzione salina.</p>	<p>Seguire le indicazioni del produttore, può restare in sede fino a 7 giorni.</p>

<p>Polisaccaride: Agenti con alto potere assorbente, mantengono un ambiente umido, necessitano di medicazione secondaria.</p> <p>Debrisan</p>	<p>Lesioni a spessore parziale e totale, essudato moderato, lesioni cavarie, con tessuto necrotico, infette.</p>	<p>Consentono di coprire tutta la superficie di lesione, promuovono l'autolisi, semplicità d'uso, la medicazione secondaria ne favorisce la permanenza in sede.</p>	<p>Controindicate in presenza d'escara, fistole o tunnel.</p> <p>Sono applicate fino a colmare il difetto di perdita di sostanza, con medicazione secondaria, la frequenza di cambio varia da 1 a 4 giorni, in base all'essudato</p>
---	---	---	---

<p>Carbone attivo: Adsorbente</p> <p>Actisorb plus, Carboflex, ecc.</p>	<p>Indicato su ferite essudanti e/o maleodoranti,</p>	<p>Rimuove l'essudato in eccesso</p>	<p>Nessuna</p> <p>Previa detersione la medicazione deve essere sostituita ogni 12-24 ore</p>
---	--	--------------------------------------	---

<p>Medicazioni non aderenti (Katomed, Metalline, Jalonet, ecc.)</p>	<p>Medicazioni composte da una rete di tessuto di poliammide che a contatto con il fondo della lesione si comporta come materiale a bassa aderenza, consentono il passaggio dell'essudato alla medicazione secondaria.</p>	<p>Lesioni a spessore parziale e totale, essudato minimo intenso, lesioni granuleggianti, sedi di prelievo per innesti cutanei a spessore parziale.</p>	<p>Utilizzate su lesioni estese e profonde al fine di proteggere il fondo della lesione da eventuali traumi durante il cambio di medicazione. Utilizzabili in combinazione di prodotti per uso topico, medicazioni cavarie o garze.</p>	<p>Controindicate su lesioni essiccate, di piccole dimensioni, con essudato viscoso.</p> <p>Le medicazioni non aderenti sono applicate debordando di 5 mm, la medicazione secondaria assorbente è necessaria se l'essudazione è media-intensa, può restare in sede fino a 7 giorni.</p>
--	--	--	---	--

<p>Medicazioni composte (Combiderm, ecc.)</p>	<p>Medicazioni che (mantengono un ambiente umido, con caratteristiche di più medicazioni avanzate, con bordo adesivo, isolanti, semipermeabili.</p>	<p>Lesioni a spessore parziale e totale, essudato minimo-intenso, favoriscono l'autolisi.</p>	<p>Uniscono i vantaggi di più classi uniformandosi alle esigenze della lesione.</p>	<p>Considerare attentamente le indicazioni del fornitore.</p> <p>Identificare la medicazione che più si addice alle caratteristiche della lesione. Cambi in base all'essudato.</p>
--	---	--	---	---

<p>Garze impregnate (Garze di Betadine, Connettivina, Fitostimoline, ecc.)</p>	<p>Medicazioni a base di tessuto spugnoso, impregnato di principi attivi chimici come: cloruro di sodio, vaselina, zinco, iodio povidone.</p>	<p>Lesioni a spessore parziale e totale, tessuto necrotico ed escara, lesioni cavarie, capacità assorbente in relazione alla medicazione.</p>	<p>Promuovono un ambiente umido, la qualità della medicazione dipende dal principio attivo presente: la vaselina favorisce la non aderenza, le garze ipertoniche sono assorbenti, lo iodio antisettico.</p>	<p>Controllare la macerazione della cute perilesionale, eventuale ipersensibilità ai componenti.</p> <p>Applicare anche in lesioni cavarie senza stipare, su lesioni piane, scegliere una medicazione con caratteristiche e dimensioni adeguate alle necessità presenti.</p>
---	---	--	---	---

<p>Pomate proteolitiche (Elase, Irujol, ecc.)</p>	<p>Enzimi proteolitici</p>	<p>Lesioni necrotiche, abbondante fibrina, escara.</p>	<p>Sbrigliano la fibrina, ammorbidiscono l'escara.</p>	<p>Danneggiano il tessuto sano, sono inattivati dall'acqua ossigenata.</p> <p>Eseguire la medicazione due volte al giorno, poiché s'inattiva il principio attivo.</p>
--	----------------------------	---	--	--

Tutti i nomi commerciali che ho inserito nella tabella qui sopra riportata servono solo a collegare il tipo di medicazione ad un nome più conosciuto. Essi sono solo una parte dei prodotti sul mercato, ad oggi, che ho potuto utilizzare in prima persona. Non ho potuto tralasciare le pomate enzimatiche, le quali ovviamente, non fanno parte delle medicazioni avanzate, ma che per la facilità con cui sono reperite, ne fanno ancora un prodotto competitivo.

CONCLUSIONI

Negli ultimi anni, abbiamo assistito ad un notevole incremento del numero delle medicazioni avanzate presenti sul mercato e quest'aspetto ha rivoluzionato le strategie terapeutiche, costringendo "i cultori" della materia, ad elaborare linee guida e protocolli di prevenzione e cura delle lesioni cutanee. I meccanismi d'azione delle medicazioni avanzate, sono ancora oggi in gran parte sconosciuti, così come sono ridotte le informazioni cliniche sul razionale uso di questi prodotti. Il ruolo favorevole delle medicazioni avanzate, nella prevenzione e controllo infettivo, appare oggi un aspetto ben consolidato e supportato dalla clinica e da controlli di laboratorio. L'uso scorretto delle medicazioni o la sensibilità individuale ad un suo componente, possono creare effetti indesiderati, intolleranze. Un ulteriore aspetto, è l'accentuazione dell'essudato, nelle prime settimane di trattamento, dopo la realizzazione di un ambiente umido. In questa fase bisogna aumentare la frequenza dei cambi, che si ridurranno, fino ad un cambio settimanale. La ridotta frequenza di cambio, è una delle principali caratteristiche corrette delle medicazioni avanzate, in relazione al concetto d'ambiente umido, che deve essere mantenuto costante il più a lungo possibile, nell'interfaccia tra ulcera e medicazione, ma anche in relazione al contenimento dei costi, relativi all'intervento del personale infermieristico. La gestione delle ulcere croniche, con medicazioni avanzate, consente un minor impegno degli operatori sanitari, rispetto all'uso di medicazioni tradizionali, inoltre la semplicità d'uso di tali medicazioni, facilita la gestione anche da parte del nucleo familiare. La progressione della tecnologia, in questo settore della medicina, raggiunta oggi, rappresenta un chiaro segnale di quello che possiamo prevedere avverrà negli anni futuri. Materiali sempre più biocompatibili ed idonei per ognuna delle varie fasi della riparazione tissutale, troveranno impiego sempre più frequente, nell'assistenza del paziente con ulcere cutanee. Grazie ad una solida consapevolezza degli effetti benefici, ed anche grazie ad un programma d'informazione, educazione, addestramento del personale sanitario soprattutto infermieristico, si tenderà a migliorare sempre più la qualità di vita del paziente e ad accelerare, per quanto possibile, la guarigione.

BIBLIOGRAFIA

Piaggesi A., Romanelli M.: Corso d'aggiornamento in riparazione tissutale, 1999.

Quaderni di Helios: Le lesioni da decubito, 1998.

Rodeheaver G.: Controversie nel trattamento topico delle ferite, 1989.

Nano M., Ricci E.: Le piaghe da decubito nel paziente anziano, 1994.

CENTRO STUDI PANTA REI:

Associazione culturale per la divulgazione e la ricerca in psicologia.
Capiago Intimiano via Crivelli, 3 Tel . e fax. 031/561313. e-mail:centrostudipantarei@libero.it

L'associazione "Panta Rei" è nata nel marzo 1999 per la divulgazione e la ricerca in psicologia ma si propone anche come momento di incontro ricreativo. In particolare, i due scopi specifici sono: 1) promozione e conoscenza della psicologia sotto forma di attività promosse presso il pubblico non specialistico e 2) studio, ricerca e confronto per professionisti psicologi.

L'Associazione, nonostante la sua giovane età, è riuscita ad avere nelle sue attività (incontri, conferenze, corsi) oltre 600 presenze e gli iscritti all'associazione dal marzo 1999 ad oggi sono stati oltre 120, cifre che rappresentano un numero rilevante per una realtà nuova in territorio comasco. La psicologia sta diventando sempre più importante data la complessità crescente della nostra struttura sociale, così il nostro intento è quello di promuovere la conoscenza corretta della psicologia scientifica e di formare gli individui che desiderino farlo alla gestione ed all'incremento delle proprie potenzialità umane e dell'intelligenza emotiva definita come "la capacità di motivare se stessi e di persistere nel perseguire un obiettivo nonostante le frustrazioni; di controllare gli impulsi e rimandare la gratificazione ; di modulare i propri stati d'animo evitando che la sofferenza ci impedisca di pensare; ed ancora, la capacità di essere empatici e di sperare" (D.Goleman,1996).

La psicologia ha mille risvolti pratici ed è soprattutto la praticità di questa scienza che la rende affascinante ed utile perchè stimola molle emotive e cognitive che ci toccano nel profondo.

Mercoledì 9 ottobre 2001 ore 19,00 - Capiago Intimiano - Via Crivelli, 3

Presentazione e prima lezione con ingresso libero del " CORSO DI PSICOLOGIA BIENNALE " (3° edizione; 140 ore)

Destinatari: infermieri, educatori operatori sociali, insegnanti, e tutti coloro che, pur non lavorando nel campo del sociale, hanno voglia di conoscere la psicologia.

Per informazione e prenotazione (obbligatoria) telefonare allo 031.561313 oppure scrivere all'indirizzo e-mail centrostudipantarei@libero.it

RILEVAZIONE DATI SULLA QUALITÀ DEI SERVIZI EROGATI DAL POLIAMBULATORIO DEL P.O. DI CANTÙ

I.P. Amadeo Anna I.P.A.F.D. Besio Martina I.P. Sardone Elisabetta

- Introduzione
- Descrizione della struttura
 - Descrizione dei servizi erogati

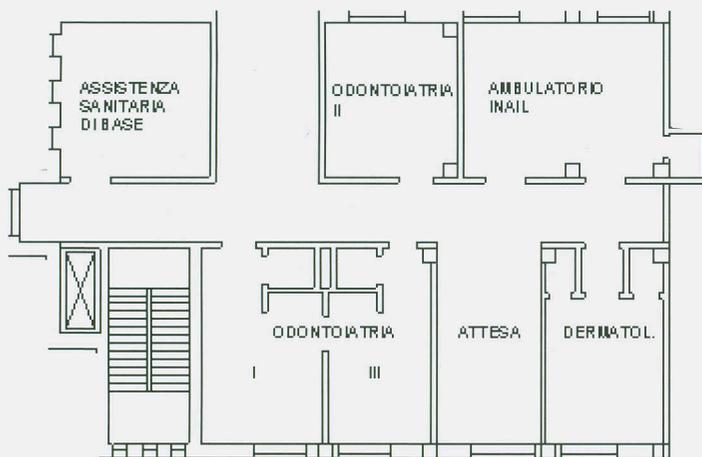
Il poliambulatorio del presidio ospedaliero di Cantù è situato nello stabile sito in via Domea,4.

I clienti possono accedervi sia dall'ingresso in via Domea che dall'ingresso in viale Ospedale.

Il servizio Poliambulatorio è strutturato in due piani (rialzato e primo piano) mentre al piano seminterrato sono ubicati il C.U.P., la cassa ed i vari sportelli della medicina di base.

Al piano rialzato sono ubicati 3 ambulatori di ODONTOIATRIA con bagno, sala d'attesa e zona di sterilizzazione; l'ambulatorio di DERMATOLOGIA con spogliatoi, servizio igienico per il pubblico, sala d'attesa e l'ambulatorio I.N.A.I.L. con sala d'attesa.

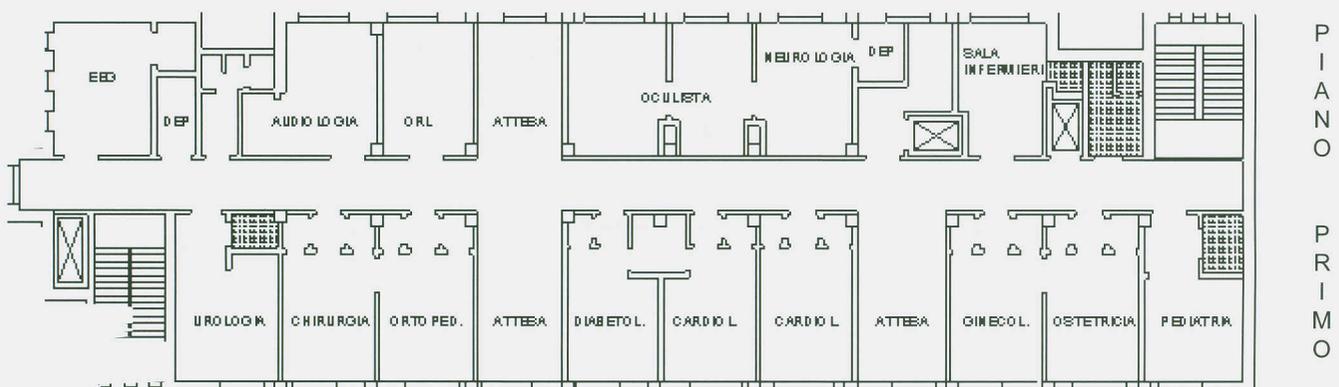
Vedi piantina



PIANO RIALZATO

Al primo piano sono ubicati i tre ambulatori di CHIRURGIA ed ORTOPEDIA con: un bagno, tre spogliatoi ed annesso vano per deposito biancheria sporca e rifiuti; sala d'attesa; ambulatorio di MEDICINA INTERNA (allergologia, diabetologia, epatologia, pneumologia, ematologia) con spogliatoio più vano deposito carrello urgenze; ambulatorio di CARDIOLOGIA ed ENDOCRINOLOGIA con spogliatoio; ambulatorio strumentale di E.C.G. con annessi spogliatoi; sala d'attesa, studio dattilografa; ambulatorio di GINECOLOGIA ed OSTETRICA con annessi spogliatoi; ambulatorio di PEDIATRIA con spogliatoio in bagno; servizi igienici per il pubblico; deposito rifiuti; studio personale infermieristico con bagni; vano ascensori; spogliatoio personale; ambulatorio di NEUROCHIRURGIA e studio PATOLOGIA VASCOLARE con annesso spogliatoio; ambulatorio di ORTOTTICA; ambulatori di OCULISTICA; sala d'attesa; ambulatorio di O.R.L.; ambulatorio di AUDIOLOGIA; ripostiglio con sterilizzatrice a secco più bagno; vano archivio; ambulatorio strumentale di E.E.G. con bagno.

Vedi piantina.



Agli ambulatori si accede da via Domea tramite scala interna, ascensore e montacarichi che partono dal seminterrato. Da v.le Ospedale (portineria centrale) si accede tramite scale esterne ed interne più un ascensore.

Lo stabile dei poliambulatori comunica con la rimanente struttura ospedaliera tramite viali esterni e tunnel sotterraneo.

Orario:

* Gli uffici amministrativi (C.U.P., cassa, ecc.) con accesso da via Domea, svolgono la loro attività dalle ore 08:15 alle ore 12:45 e dalle 13:30 alle 16:00.

* L'attività ambulatoriale inizia alle ore 08:30 e termina spesso oltre le 16:30/17:00.

Le prestazioni erogate dal poliambulatorio del P.O. di Cantù sono le seguenti:

* ODONTOIATRIA: conservativa endontosi-paradontosi chirurgica, protesica fissa e mobile;

* DERMATOLOGIA: piccoli interventi;

* I.N.A.I.L.: piccoli interventi;

* ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA AMBULATORIALE

* STUDIO PATOLOGIA DEL PIEDE

* CHIRURGIA GENERALE

* UROLOGIA

* PICCOLA CHIRURGIA AMBULATORIALE

* MEDICAZIONI - prestazioni varie ambulatoriali di chirurgia ed urologia

* CARDIOLOGIA

* STUDIO PATOLOGIA VASCOLARE (ipertensione arteriosa)

* DIABETOLOGIA

* ENDOCRINOLOGIA

* EMATOLOGIA - ONCOLOGIA

* ALLERGOLOGIA più somministrazione di vaccini e prik test

* PNEUMOLOGIA più prove spirometriche

* MEDICINA INTERNA, EPATOLOGIA, SALASSOTERAPIA,

* ELETTROCARDIOGRAFIA e monitoraggio E.C.G. 24h. secondo Holter

* GINECOLOGIA più metodi naturali (cura)

* OSTETRICIA

* Prelievo per esame citologico (Pap-test)

* PEDIATRIA GENERALE

* NEONATOLOGIA

* ALLERGOLOGIA PEDIATRICA più prik test

* GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA

* ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA

* NEUROLOGIA

* ATTIVITA' ORTOTTICA

* OCULISTICA

* OTORINOLARINGOIATRIA

* VESTIBOLOGIA (O.T.V./ E.N.G.) e studio delle vertigini

* AUDIOLOGIA ed IMPEDENZILOGIA

* ELETTROENCEFALOGRAFIA.

Vengono inoltre erogati dal Poliambulatorio, attraverso medici specialisti convenzionati, prestazioni per clienti, ricoverati e/o ricoverati dal P.S. di specialità non presenti presso la struttura ospedaliera.

SCOPO DEL LAVORO E METODI

Il personale infermieristico del Poliambulatorio di Cantù nel tentativo di migliorare la qualità dei servizi erogati, ha elaborato un questionario con una formula che presentasse i requisiti di semplicità, immediatezza ed attendibilità delle risposte da parte dell'utenza alla quale è stato assicurato il rispetto della privacy secondo le vigenti norme.

L'estensione del sondaggio riguarda tutti i passaggi intermedi: dal momento della prenotazione alla conclusione della prestazione e/o visita (prenotazione, ticket, attesa, visita)

METODI

La durata della distribuzione dei questionari è stata di 3 mesi (Ott. Nov., Dic.): giornaliero per il primo mese e a giorni alterni per i restanti.

Sono stati distribuiti in tutto 1247 questionari ai quali hanno risposto 998 fruitori.

RISULTATI

I dati emersi dai questionari sono stati raccolti in istogrammi e torte statistiche secondo le diverse finalità.

Il 1° gruppo di tavole evidenzia la fase della prenotazione e del pagamento ticket ed emerge:

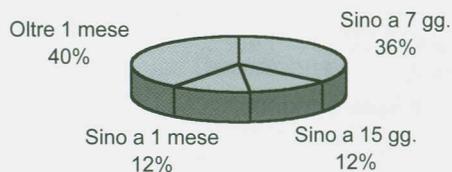
A. Il tempo trascorso dal momento della prenotazione a quello dell'effettuazione della visita e/o prestazione;

B. Modalità di effettuazione della prenotazione (telefonicamente o personalmente al C.U.P.) e gli eventuali problemi sorti

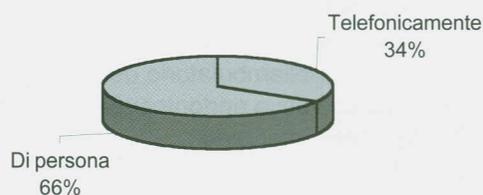
C. Come sono state date le informazioni alla prenotazione e/o visita da eseguire (luogo, data, preparazione);

D. Il tempo di attesa per il pagamento ticket (illuminazione, pulizia, riscaldamento, ventilazione e posti a sedere).

QUANTO TEMPO HA ATTESO DAL MOMENTO DELLA PRENOTAZIONE AL MOMENTO DELL'EFFETTUAZIONE DELLA PRESTAZIONE?



LA PRENOTAZIONE PER LA VISITA E' STATA EFFETTUATA:



IL MODO IN CUI HA PRENOTATO LE HA CREATO PROBLEMI?

*Telefono occupato (21), tempi di attesa lunghi (16), orari limitati (10)



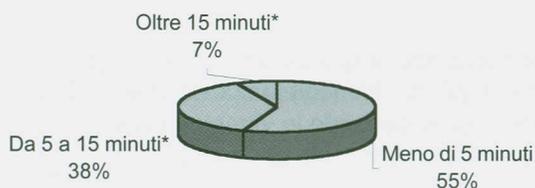
LE INFORMAZIONI CHE SONO STATE DATE RIGUARDO ALL'ESECUZIONE DELLA VISITA (dove recarsi, orario, data, eventuale preparazione, ecc.) SONO STATE:



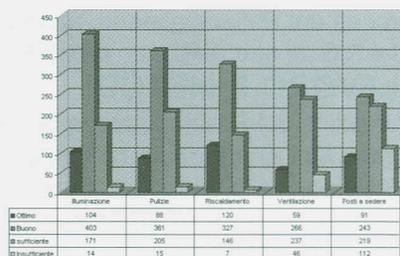
PAGAMENTO TICKET

PER IL PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE HA ATTESO:

(*per coda (68), solo 1 sportello aperto (24))



COME GIUDICA L'AMBIENTE IN CUI HA SOSTATO IN ATTESA DI PRENOTAZIONE O PAGAMENTO TICKET RISPETTO A:



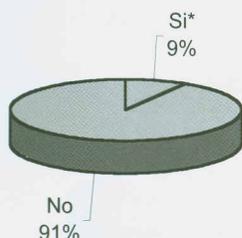
[Il secondo gruppo di tavole riguarda l'accesso alla struttura evidenziando:](#)

- A. Eventuali difficoltà di orientamento all'interno del nosocomio
- B. La chiarezza della segnaletica per l'accesso ai vari ambulatori e l'eventuale necessità di chiedere ulteriori informazioni

ACCESSO ALLA STRUTTURA

PER EFFETTUARE LA VISITA HA AVUTO DIFFICOLTA' AD ORIENTARSI ALL'INTERNO DELL'OSPEDALE?

*scarsa segnaletica (17)

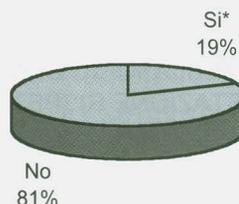


LE SEMBRA CHE I CARTELLI CHE SEGNA- LANO LA DISPOSIZIONE DEI VARI AMBULA- TORI SIANO:



HA AVUTO NECESSITA' DI CHIEDERE INFORMAZIONI PER RECARSI NELL'AMBULATORIO?

* scarse indicazioni (16)



Il terzo gruppo di tavole riguarda l'accettazione, visita e/o prestazione, relazione con il personale infermieristico valu- tando:

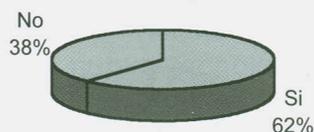
- A. Cortesia e disponibilità
- B. Puntualità nell'effettuazione della visita ed eventuale giustificazione per contrattempi
- C. Comfort della sala d'attesa
- D. Chiarezza delle informazioni riguardanti la procedura della visita stessa e/o esami complementari
- E. Garanzia della privacy
- F. Se al termine della prestazione e/o visita l'utente è rimasto soddisfatto ed ha avuto tutte le informazioni che si aspettava di ricevere
- G. Il grado di valutazione dei servizi igienici.

ACCETTAZIONE IN AMBULATORIO, VISITA E RELAZIONE CON IL PERSONALE

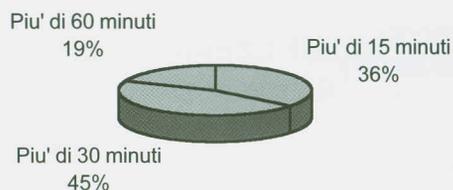
E' STATO ACCOLTO CON DISPONIBILITA' DAL PERSONALE?



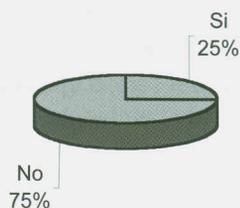
LA VISITA E' STATA EFFETTUATA CON PUNTUALITA'?



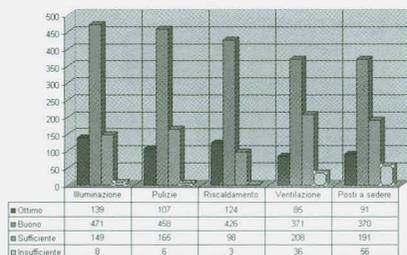
SE LA RISPOSTA E' NO HA ATTESO:



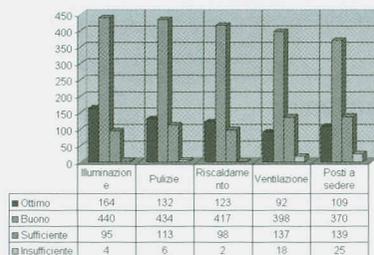
LE SONO STATE DATE INFORMAZIONI IN MERITO AL RITARDO?



COME VALUTA IL LUOGO D'ATTESA RISPETTO A:

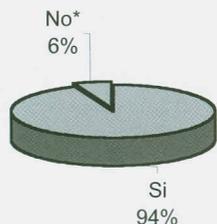


COME VALUTA L'AMBULATORIO DOVE HA ESEGUITO LA PRESTAZIONE RISPETTO A:



QUANDO HA TERMINATO LA PRESTAZIONE O VISITA E' RIMASTO SODDISFATTO E HA AVUTO TUTTE LE INFORMAZIONI CHE SI ASPETTAVA?

*Perché non è sempre lo stesso medico (3) visita molto sbrigativa da parte dei medici (9)



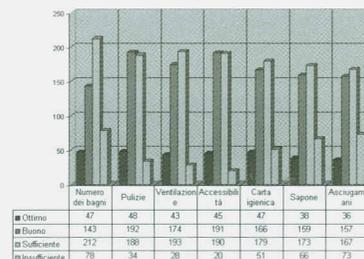
DURANTE L'ACCETTAZIONE E LA PRESTAZIONE AMBULATORIALE IN CHE MODO LE SONO STATE DATE INFORMAZIONI RIGUARDO ALLE PROCEDURE DELLA VISITA STESSA O A ESAMI CHE DOVRA' SVOLGERE?



RITIENE SIANO STATE RISPETTATE LA PRIVACY E LA RISERVATEZZA DURANTE LA VISITA?



COME VALUTA I SERVIZI IGIENICI:



CONCLUSIONI

Dalla elaborazione dei dati emergono le seguenti problematiche:

- * Abbreviare i tempi di attesa per appuntamenti, visite e/o prenotazioni (37)
- * Maggior attenzione alla puntualità (19)
- * Migliorare ed aumentare le aree di parcheggio (15)
- * Aumentare il numero dei servizi igienici ed assicurarne una migliore pulizia (17)
- * Rendere più accogliente l'ambiente in generale (13)
- * Migliorare le modalità di prenotazione (15)

COMMENTO

Il lavoro presentato è nato con la finalità di risolvere alcuni problemi che l'utenza lamenta, vista la complessità della

struttura, e i molti fattori indipendenti dall'attività infermieristica che ne determinano l'andamento (medici di specialità diverse, strutture ed accessi non idonei ecc.), non è certamente sufficiente l'impegno ed il lavoro strutturato di tutto il personale infermieristico per la risoluzione delle problematiche emerse da questa raccolta dati.

Nonostante ciò, l'impegno e la partecipazione per elaborare ed ottenere questo piccolo progetto ci incoraggia nel proseguimento e nella ricerca di ulteriori indicatori e correttivi atti a raggiungere l'obiettivo posto in premessa: IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE.

SPAZIO BACHECA

I.R.C.C.S./OSPEDALE S.RAFFAELE

Patologia dell'aorta toraco-addominale: strategie a confronto. Milano 9 novembre 2001.

Info. tel. 02/26432454 - 3700 fax. 02/26433754 e-mail:congress@spr.it

ANIN

XXIII Congresso Nazionale "L'infermieristica e l'evoluzione della prassi: le proposte dei professionisti". Rimini 4/5 ottobre 2001

Inf. Tel. 0541/56404 fax. 0541/56460 e-mail:info@adriacongress.it

CeF - CULTURA E FORMAZIONE

Corso di aggiornamento professionale: "Lo specifico relazionale infermieristico". Assisi 14/15/16/17 novembre 2001.

Info. Tel. e fax. 02/93549225 02/93542802

COLLEGIO IPASVI MODENA

Corso di formazione sull'utilizzo di strumenti informatici per la ricerca bibliografica nel nursing. I° edizione 19 e 26 ottobre. II° edizione 23 e 30 novembre 2001.

Info. Tel. 059/218519 fax. 059/218785 e-mail:ipasvimo@libero.it

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI CAPOSALA

7° Congresso nazionale: "I fattori strategici per una organizzazione di qualità: i modelli organizzativi, la dirigenza, la formazione". Firenze 7/8/9 novembre 2001.

Info. Tel. 045/8034553 fax. 045/8021669 e-mail:soluzioniom@tiscalinet.it

ASL SONDRIO

Seminario Nazionale "La movimentazione dei pazienti nelle strutture sanitarie: rischi, danni e strategie preventive". Sondrio 9/10 novembre 2001.

Info. Tel. 0342/511482 fax. 0342/215503 e-mail:asl.so.spp@asl.valtellina.net

CEMEC

Corso in medicina di emergenza e delle catastrofi. 29 novembre/1 dicembre 2001.

Assistenza al traumatizzato sul territorio. 26/28 novembre 2001

Corso di qualificazione in medicina legale, legislazione sanitaria, organizzazione dei DEA e sistemi 118. 29/30 novembre. Repubblica di San Marino.

Info. tel. 0549/994535 0549/994628 fax. 0549/903706 e-mail:cemec@omniway.sm

S.A.C.E.

I° Corso di aggiornamento per collaboratori ed operatori professionali sanitari. "Funzioni e ruoli di fronte alle nuove tecnologie endovascolari". Perugia 27 ottobre 2001.

Info. Tel. 075/5730617 fax. 075/5730619 e-mail:cscpg@tin.it

A.I.A.O. MILANO

Corso di livello avanzato "Cancer care priorities for nurses". Primo incontro 19 ottobre 2001.

Info. 02/23902143 fax. 02/70638395 e-mail:servform@libero.it

POMERIGGI INFERMIERISTICI

EMERGENZA INFERMIERI: ARRIVANO GLI O.S.S..... Le figure di supporto all'Assistenza Infermieristica

Como 12 ottobre 2001

Programma

14.15 Registrazione partecipanti

14.30 **TAVOLA ROTONDA**

Intervengono:

Dott. Luciano Di Pietra

Regione Lombardia - Assessorato alla Famiglia e alle Politiche Sociali

A.S.V. Servilio Bortolotti

Presidente Coordinamento Regionale Lombardo Collegi IPASVI

I.I.D. Anna Michetti

Infermiere Dirigente - Azienda Ospedaliera S.Anna

I.I.D. Emanuele Fumagalli

Responsabile Servizio Infermieristico - Casa di Cura "Villa San Benedetto" - Albese C.Cassano

Moderatore

I.I.D. Barbara Mangiacavalli

Presidente del Collegio IPASVI di Como.

17.30 Dibattito e conclusioni.

INCONTRI SUCCESSIVI

MERCOLEDI' 14 NOVEMBRE 2001

Cure Domiciliari. L'Infermiere di Famiglia.

MERCOLEDI' 12 DICEMBRE 2001

L'Evidence Based Nursing

Sede dei pomeriggi infermieristici

Centro Socio Pastorale C.Ferrari - viale C.Battisti, 8 - Como

Orario dei pomeriggi infermieristici:

14.30/17.30

Al termine delle giornate verrà rilasciato un attestato di partecipazione. Per esigenze organizzative si prega di voler confermare la propria partecipazione presso la segreteria del Collegio
Tel. 031.300218 fax 031.262538 e-mail: ipasvico@tin.it