

2/2011

ISSN 1722-2214

# Infermiere

a P A V I A

**Rinnovo degli organi ENPAPI**  
**12 maggio Giornata**  
**Internazionale dell'Infermiere**

# Gesti di cura

EDITORIALE



**Duilio Loi**

*“Dopo tutto c’è soltanto una razza: l’umanità.”*

George Moore, *The Bending of the Bough*, 1900

Broni, 29 marzo 2011 ore 18.45, trovo sul parabrezza della mia automobile un biglietto strappato da un’agenda; scritto in un Italiano “sgrammaticato”, contenente un recapito telefonico e un nome, Radi.

Ignaro di aver perso il portafogli, in pochi istanti prendo coscienza dell’accaduto e già mi prefiguro l’iter agghiacciante del dover rifare documenti, bloccare carte di credito, e non ultimo, l’eventuale ammanco di denaro.

Telefono, e alle ore 19 il portafogli è di nuovo in mio possesso; Uomo alto, biondo intorno ai 30-35 anni, Romeno, che mi accoglie con la frase: *“era sopra al tettuccio della macchina, mi sono permesso di prenderlo...”*

Un semplice gesto, a dir poco una rarità, torno a casa soddisfatto per il “recupero” e particolarmente emozionato per il semplice quanto grande, gesto. Uno “straniero” si era in un certo modo preso “cura” di me!!

Questo episodio, mi suscita reazioni e riflessioni che con naturalezza, mi richiamano alla memoria i fatti che stiamo vivendo in questi giorni relativamente agli sbarchi di Lampedusa.

Il prendersi cura, infatti ci fa pensare alla capacità di stabilire relazioni significative tra le persone, a relazioni che vadano ben oltre la superficie dell’apparenza o della formalità.

Ci porta alla considerazione dei legami e delle relazioni che teniamo con l’altro, il nostro simile, chiunque esso sia.

Prendersi cura dell’altro significa anche “prendersi a cuore” tutto ciò che di bello e di buono è in lui, perché non vada perduto e perché in lui, tutto ciò che ha bisogno di attenzioni, possa essere curato.

Prendersi cura di una persona significa innanzi tutto rispettare, stimolare e valorizzare lo svolgersi della sua esistenza, secondo la progettualità che essa stessa contiene e che a priori non è conosciuta neanche dal soggetto stesso, ancor meno da chi la osserva.

Mi viene spontaneo recuperare una forte concettualità legata a ciò, suggerita dall’autorevole Marie-Francoise Collière: *“ogni situazione di cura è una situazione antropologica, ovvero che riguarda l’uomo inserito nel suo ambiente, intessuto da ogni tipo di legame simbolico; così l’approccio antropologico appare come il percorso più opportuno per scoprire le persone che vengono curate e rendere significative le informazioni che esso contiene”.*

**Infermiere a Pavia**  
Rivista trimestrale del Collegio IP.AS.VI. di Pavia  
Anno XXIII n. 2/2011 aprile - giugno 2011

**Editore** Collegio Infermiere professionali,  
Assistenti Sanitarie, Vigilatrici d’Infanzia  
della Provincia di Pavia

**Direttore Responsabile** Enrico Frisone

**Direttore Editoriale** Duilio Loi

**Responsabili settori**

**Clinico:** Monica Gabetta

**Sociale:** Mauretta Cattanei

**Formazione, Ricerca e Aggiornamento:** Paola Ripa

**Management:** Nunzio Giuseppe Greco

**Etico Deontologico:** Annamaira Tanzi

**Vita di Collegio:** Giuseppe Braga e Gabriele Ciancio

**Redattori:** Cinzia Ancarani, Carina Gomez Anamuro,  
Giuseppe Braga, Mauretta Cattanei, Emanuela  
Cattaneo, Gabriele Ciancio, Marina Ferrari,  
Claudia Fiore, Enrico Frisone, Monica Gabetta,  
Silvia Giudici, Nadia Granata, Nunzio Greco,  
Duilio Loi, Paola Ripa, Ruggero Rizzini,  
Emanuela Sacchi, Annamaria Tanzi,  
Claudia Vercesi, Sylvie Yolande Goufack

**In copertina:** la nuova sede di ENPAPI a Roma

**Hanno collaborato** Antonella Ciocca, Davide Croce, Negri Federica,

**a questo numero:** Emanuela Foglia, Umberto Restelli,  
Anna Vanzago, Tosca Veronica,  
Gianluigi Vettemberge,

**Impianti e stampa** Gemini Grafica snc - Melegnano (MI)

**Direzione, Redazione, Amministrazione** Via A. Volta, 25 - 27100 Pavia  
Tel. 0382/525609, Fax 0382/528589  
CCP n. 108162700

I punti di vista e le opinioni espressi negli articoli sono degli autori e non rispettano necessariamente quelli dell’Editore.  
Manoscritti e fotografie, anche se non pubblicati, non saranno restituiti.

Registrazione presso il Tribunale di Pavia n. 355 del 08.02.1989.  
Spedizione in abb. postale - Comma 20/C 2 L. 662/96 - Fil. di Pavia.  
La rivista è inviata gratuitamente agli iscritti al Collegio IP.AS.VI.  
di Pavia. Finito di stampare nel mese di aprile 2011 presso  
Gemini Grafica snc di A. Girompini & C., Melegnano (MI)

## Indice

Giuseppe Braga - ENPAPI: le elezioni per il rinnovo degli Organi dell’Ente . . . . .	4
Emanuela Foglia, Anna Vanzago, Umberto Restelli, Davide Croce <i>Lesioni da pressione: come sanare la ferita</i> . . . . .	6
Antonella Ciocca - RCP - Rianimazione Cardio-polmonare. <i>Anno 2010: Revisioni linee guida.</i> . . . . .	12
Gianluigi Vettemberge - <i>Il mio sfogo: il Ciclismo</i> . . . . .	13
Negri Federica, Tosca Veronica - <i>Novità in provincia: il CESMO</i> . . . . .	14



Ribadita nel nostro Codice Deontologico che afferma: *“l’infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona”*.

Ogni paese europeo, compreso il nostro, è in continua trasformazione, anche se ci riesce difficile capire se e come un’ulteriore evoluzione culturale e sociale sia possibile.

Siamo pertanto nella condizione di dover sempre più adattare la prospettiva, ad una visione più dinamica della società in cui si vive; pronti a rispondere agli stimoli socio-culturali di un ambiente di lavoro destinato a cambiare in senso multietnico (pensate alle

mescolanze culturali e professionali con i colleghi dell’est europa e dell’america latina, così come di molte altre etnie ormai di seconda generazione naturalizzate in Italia): capire le esigenze degli utenti immigrati e stabilire un buon rapporto con le altre culture saranno aspetti sempre più importanti del nostro lavoro.

Mi pongo il quesito in termini formativi, in quanto all’infermiere è richiesta, oggi più che in passato, una formazione che lo renda capace di fornire un’assistenza multiculturale.

Maggiore attenzione deve essere dedicata al processo di comunicazione: una particolare apertura mentale e una modifica di atteggiamenti qualsiasi, sono necessari al fine di accettare e capire la diversità.

Garantire il diritto alla salute allo straniero vuol dire anche preparare l’infermiere ad accoglierlo e a dargli un’assistenza personalizzata.

La formazione antropologica, ma anche la riscoperta della relazione interetnica e interpersonale, permettono

un migliore approccio con gli utenti di altre culture.

Ecco quindi che l’incontro con gli utenti immigrati, rappresenta un’occasione per diventare professionisti più competenti anche in ambito isoculturale, oltre che persone umanamente e intellettualmente più ricche.

Se tutto ciò, corrisponde ad un processo naturale nell’infermiere, processo che difficilmente può essere confuso con un “eccesso di buonismo vocazionale”, è inevitabile un parallelismo: Trapani, 31 marzo 2011, circa millecinquecento persone partecipano alla manifestazione di protesta contro le tendopoli di Kinisia, vicino l’aeroporto di Trapani Birgi, destinata ad ospitare 700 immigrati provenienti dall’isola di Lampedusa; nel Dipartimento della Protezione Civile, si discute su come e dove “collocare” i migranti, alcuni levano scudi al grido: “fora di ball”, siamo proprio un paese strano.

Lungi da me il volerne fare un “casus belli”, bensì un’occasione per poter attivare nella Comunità Professionale, un momento di sana e serena riflessione, allo stesso modo con il quale lo “straniero” Radi, ha permesso che ciò avvenisse in me.

**Dott. Duilio Loi**  
*Direttore Editoriale*

### Note di segreteria

Si ricorda a tutti gli iscritti che, a inizio anno, è stato inviato il bollettino MAV per il pagamento d’iscrizione all’Albo. Il pagamento doveva essere effettuato entro il 28/02/2011. Chi non ha ancora provveduto al pagamento è invitato a effettuarlo nel più breve tempo possibile, onde evitare sanzioni. Si ricorda che il mancato pagamento della quota annuale comporta l’impossibilità da parte della segreteria al rilascio di alcuna certificazione eventualmente richiesta. Chi non avesse ricevuto il bollettino MAV per l’anno 2011, o l’avesse smarrito, deve rivolgersi immediatamente alla segreteria del Collegio per l’emissione del MAV sostitutivo.



\* Giuseppe Braga

## ENPAPI

# Le elezioni per il rinnovo degli Organi dell'Ente

*Ogni popolo ha il governo che si merita (Aristotele)*

Sono ancora frastornato dalla "corta" maratona alla quale ho partecipato.

Prendete con le "pinze" queste mie esternazioni che sono certamente influenzate dallo stato d'animo in cui mi sono trovato, in cui mi trovo e dal mal di testa che mi sta ancora opprimendo.

Cerchiamo di andare con gradualità nel racconto.

Come tutti i Liberi Professionisti sanno ENPAPI, a norma di regolamento elettorale, ha indetto e posto in essere le diverse fasi elettorali per il rinnovo degli Organi dell'Ente (Consiglio di Amministrazione e Consiglio di Indirizzo Generale).

Organizzazione complessa che, necessariamente, parte dall'approntamento degli elenchi degli iscritti aventi diritto al voto. Qui si sono evidenziati già i primi problemi, infatti, nonostante il gran numero di dipendenti, supervisionati dagli Organi dell'Ente uscenti, gli elenchi risultano incompleti, approssimativi e, molto spesso errati perché NON aggiornati. L'elenco inviato al nostro Collegio era inficiato da circa il 10% di errori. Come è possibile che un Ente previdenziale non possieda elenchi aggiornati? Come è possibile che risultino iscritti a ENPAPI, nella provincia di Pavia, degli Infermieri non iscritti agli Albi professionali? Come mai risultano ancora inseriti nella provincia di Pavia colleghi trasferiti diversi anni fa ad altro Collegio? Come mai iscritti al Collegio e a ENPAPI, regolarmente paganti non risultino negli elenchi e non hanno potuto esprimere il loro voto?

Non abbiamo ricevuto risposte, neppure il Collegio ha ricevuto risposte e giustificazioni.

Nonostante queste incongruenze, si è

passati alla fase delle prime votazioni per l'elezione dei Delegati provinciali, secondo il nuovo regolamento elettorale che, con la giustificazione di contenimento dei costi, ha visto stravolta la possibilità di una più coerente rappresentatività territoriale, infatti se prima era previsto un numero di delegati con un rapporto 1/100 iscritti all'Ente per ogni provincia (Pavia con questo rapporto avrebbe portato a Roma 4 Delegati), si è passati a un rapporto 1/1000, quindi Pavia ha potuto inviare a Roma un solo Delegato, un solo Delegato lo avrebbero avuto anche province con 10 iscritti che, comunque con il nuovo regolamento ne hanno ottenuto ... UNO!! ipotizzando corretti i dati degli iscritti a ENPAPI pari a oltre 18000 unità, con il vecchio sistema avrebbero dovuto essere eletti oltre 200 delegati, portatori delle idee, della volontà delle diverse realtà provinciali, invece ci siamo ritrovati in meno di 80 Delegati.

Certamente un buon risparmio in termini economici, ma con quale prezzo per la reale rappresentatività? Che sia più facile "controllare" e "influenzare" 80 persone invece di 200?

Nel frattempo un gruppo di colleghi, più o meno scontenti delle modalità di gestione dell'Ente, ha pensato di ritrovarsi, di confrontarsi, di condividere idee, proposte per cercare di mettere in atto, dall'interno dell'Ente, modalità operative con il primario obiettivo di migliorare le prestazioni pensionistiche di tutti gli iscritti.

Il sistema previdenziale odierno di tipo contributivo, questo non certo per colpa di ENPAPI e di chi lo ha diretto fino a ora, sta creando a tutti i lavoratori dipendenti o Libero Professionisti in tutti i campi delle se-

## Crediti ECM FAD con

**30**  
crediti  
formativi  
ECM  
(a corso)

**44€**  
invece di 70 euro  
grazie alla  
convenzione del  
Collegio IPASVI

la prima  
**FAD**  
anche senza  
computer

**OBETTIVO INFERMIERE**

**SANITANOVA**  
GOVERNANCE LEARNING MANAGEMENT  
www.sanitanova.it

**Corso 1**  
Le dimensioni di cura

**Corso 2**  
Risk Management in sanità

Per maggiori informazioni visita  
[www.obettivoinfermiere.it](http://www.obettivoinfermiere.it)  
o chiama

Numero Verde  
**800.927.725**

rie difficoltà nel poter usufruire di un trattamento pensionistico DECENTE. Ma qualcosa si può, e secondo noi, si deve fare.

Ebbene, senza grandi supporti, mettendoci del nostro, questo gruppo ha, per la prima volta nella storia delle elezioni degli organi ENPAPI, costituito una lista alternativa per la conduzione dell'Ente con delle modalità diverse e maggiormente orientate verso gli iscritti.

Il tempo era poco a nostra disposizione, le modifiche al regolamento elettorale talmente vincolanti che è stato difficile riuscire ad approntare una lista alternativa completa.

Ma veniamo al 31 marzo 2011, giorno delle seconde elezioni, dove i Delegati possono esprimere il loro voto per una delle liste partecipanti.

La buona democrazia e, permettetemi, il buon senso, avrebbero permesso durante l'assemblea elettorale, così come avviene durante l'assemblea elettorale del Collegio, di poter presentare i candidati, di poter esporre verbalmente i programmi, le intenzioni, gli obiettivi delle diverse liste in modo da non lasciare la scelta alla mera lettura dei programmi elettorali stampati dove, anche con tutta la buona volontà, risulta difficile spiegare motivazioni e modalità per il raggiungimento degli obiettivi che i candidati delle liste vorrebbero raggiungere.

Ebbene tutto ciò NON è stato possibile, la più basilare regola di democrazia è stata calpestata, nessuno ha potuto comunicare ai delegati presenti le proprie intenzioni.

Addirittura è stata proposta una mozione per impedirvi di parlare, infatti nessuno di noi ha potuto parlare!

È stato uno spettacolo ... che mi ha lasciato molta amarezza nel cuore, che ha risvegliato in me un moto di dissenso che non ho saputo/voluto contenere. Ma cosa si poteva fare? Sono assolutamente contro la violenza, ma sono altrettanto contro modalità operative che calpestino la dignità dell'uomo ... e allora? Abbracciando la non violenza e la protesta silenziosa e pacifista, l'unica cosa che mi è venuta in mente è stata quella di rallentare le operazioni di voto "occupando" una delle quattro cabine elettorali, sono entrato per votare e sono uscito solamente dopo che tutti i Delegati hanno espresso il loro voto.

Non è servito a nulla, forse, mi auguro solamente che i Delegati, tutti i Delegati, non lo abbiano vissuto come una "mania da protagonismo", ma come l'unica forma di dissenso silenzioso a fronte di una modalità operativa che ha IMPOSTO il silenzio.

Dopo lo scontato esito delle votazioni, riportato con un'enfasi irrispettosa della minoranza che ha avuto il coraggio di esporsi, sul sito ENPAPI oggi si legge nella home page: "**Stravince** la lista elettorale "Continuità con trasparenza" del Presidente uscente Mario Schiavon".

Dato che la Commissione elettorale era preoccupata anche delle mie condizioni di salute, chiuso per oltre mezz'ora in un buco, l'atto finale della giornata, che ho sentito il dovere di eseguire, è stato quello di chiedere scusa alla Presidente della Com-

missione per il mio comportamento, spiegando e motivandone le ragioni.

Liberi Professionisti, per altri 4 anni, alla guida di ENPAPI, avremo ancora un gruppo di lavoro, che ha visto cambiati alcuni componenti, ma che dal nome della lista "Continuità con trasparenza", porterà avanti i lavori con il medesimo "impegno".

PS.: Alcuni componenti sono cambiati proprio perché nella lista "alternativa" erano presenti ex colleghi del CdA e del CIG ... "separatisti" che hanno cercato di modificare l'Ente ri-mettendosi in gioco, proprio contro le politiche precedenti.

Che dire, possiamo solo augurarci che, nonostante la non promettente "continuità" annunciata, sia reale la possibilità di rendere evidente a tutti gli iscritti la "trasparenza" che hanno inserito nel nome della loro lista.

**L'autore**

\* Infermiere Libero Professionista - Delegato per la provincia di Pavia

## Aggiornamento organizzato dal Collegio

\* a cura del Gruppo Formazione

**Pavia - 26 maggio 2011** (sede da definire); scadenza iscrizioni: 20 maggio 2011

LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA TRA ASPETTI GIURIDICI E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALI

**Voghera - 25 giugno 2011** (sede da definire); scadenza iscrizioni: 15 giugno 2011

NURSING MALPRACTICE: UN FENOMENO DA GOVERNARE E PREVENIRE

**Vigevano - 1 ottobre 2011** (sede da definire); scadenza iscrizioni: 20 settembre 2011

L'INFERMIERE E LE SCALE DI VALUTAZIONE: CONOSCENZA, OPPORTUNITÀ E PROSPETTIVE

**Pavia - 25 novembre 2011** (sede da definire); scadenza iscrizioni: 15 novembre 2011

L'INFERMIERE CASE MANAGER: DIZIONARIO DELLE COMPETENZE E CULTURA DEL CAMBIAMENTO

*Si informano i Colleghi che la scelta della sede, è subordinata al numero di partecipanti iscritti; verranno pertanto definite alla scadenza delle iscrizioni e tempestivamente comunicate sul sito.*

# Lesioni da pressione: come sanare la ferita

## Confronto tra categorie di medicazioni attraverso un'analisi dei costi diretti

\* Emanuela Foglia  
\*\* Anna Vanzago  
\* Umberto Restelli  
\*\*\* Davide Croce

### Parole chiave

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI),  
analisi di processo, *Activity Based Costing*  
- ABC, lesioni da pressione, costi diretti.

### Introduzione

L'incremento della sopravvivenza a malattie cronico-degenerative e invalidanti e l'aumento dell'età della popolazione di vengono dei problemi di significativo interesse, legati ai successi della medicina e dei sistemi sanitari dei paesi a economia avanzata. Questa problematica è ancor più sentita in Italia, nazione che può vantare il *record* negativo di incidenza della popolazione *over 65*, con un meritissimo secondo posto, alle spalle del Giappone (19,74%)<sup>1</sup>.

Da ciò deriva l'attenzione sempre crescente verso il problema delle lesioni da pressione; queste rappresentano la diretta conseguenza dell'immobilizzazione causata principalmente da stati di disabilità o inabilità, sia essa parziale o completa, del paziente. Si deduce pertanto che questa patologia sia in continuo aumento, registrando tassi incrementali di prevalenza e di incidenza<sup>2</sup>.

### Le lesioni... e la cura delle lesioni...

La terminologia internazionale definisce con il termine "*pressure ulcer*" una lesione tissutale, con evoluzione necrotica, determinata dalla compressione locale della cute e dei muscoli tra una prominente ossea e una superficie esterna rigida<sup>3</sup>. Come abbiamo detto l'aumento dell'età media della popolazione ha determinato un incremento di patologie croniche, degenerative e invalidanti; le lesioni cutanee rappresentano pertanto la diretta conseguenza dell'immobilizzazione causata da questo stato di disabilità. La sopravvivenza a malattie degenerative e invalidanti, è causa scatenante la drastica riduzione dell'attività motoria del paziente<sup>4</sup> e fonte di aggravamento del rischio di insorgenza di lesioni da pressione, come anche la compromissione dello stato mentale, la sedazione farmacologica, il dolore e le fratture ossee<sup>5</sup>.

L'ulcera da pressione è la conseguenza diretta di un'elevata compressione o può essere determinata da forze di taglio (o stiramento) che provocano una "strozzatura" dei capillari: pressione e stiramento comprimono quindi i capillari che portano il sangue e l'area cutanea interessata non è

### Riassunto

L'incremento della sopravvivenza a malattie croniche, degenerative e invalidanti e, di conseguenza, l'aumento dell'età della popolazione sono tutti fattori che hanno creato una maggiore sensibilizzazione verso il tema della cura delle lesioni da pressione. Si rammenti, poi, che è proprio l'invecchiamento della popolazione, unitamente allo sviluppo e al sempre più massiccio utilizzo di tecnologie, a essere una delle principali cause di aumento della spesa in Sanità.

Poste tali premesse, si comprende l'importanza di condurre studi che affrontino il tema delle patologie correlate all'invecchiamento, anche implementando delle valutazioni economiche.

Il progetto qui presentato si prefigge l'obiettivo di analizzare il tema della cura delle lesioni da pressione e la valorizzazione economica del suo percorso, proponendo degli strumenti di *management* utili e innovativi per la valutazione di alcuni percorsi di natura assistenziale.

Obiettivo primario dello studio è quello di comprendere se e in quale misura le medicazioni avanzate rappresentino una soluzione economicamente vantaggiosa, rispetto alle medicazioni tradizionali, nel contesto dell'attività di assistenza domiciliare integrata erogata da parte delle Aziende Sanitarie. Per raggiungere questo obiettivo si è proceduto a una analisi delle risorse dirette (valorizzate in termini monetari), relative al processo di trattamento delle lesioni da pressione su due diversi gruppi di pazienti, medicati con prodotti appartenenti alla categoria tradizionale o alla categoria avanzata.

L'analisi svolta ha assunto il punto di vista dell'Azienda Sanitaria al fine di fornire indicazioni dettagliate per i decisori di spesa. L'osservazione è stata condotta su 362 pazienti, alcuni trattati con medicazioni tradizionali, altri per mezzo di medicazioni avanzate, e in cura presso 18 centri di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) appartenenti a 8 Regioni italiane. A tale progetto hanno partecipato, in qualità di ricercatori, coordinatori infermieristici e infermieri di ADI, tra i quali due responsabili per il territorio dell'ASL di Pavia.

L'analisi dei costi è avvenuta mediante un approccio proprio della metodica dell'*Activity Based Costing* e si è proceduto mappando tutti i costi relativi al percorso assistenziale del paziente, rispetto alla sola patologia presa in considerazione (lesioni da decubito), non rispetto all'intera storia clinica del paziente (costo del personale, costo impegnato nella cura, costo del trasporto, per la cura delle sole lesioni da pressione). L'osservazione ha permesso di attestare l'esistenza di un vantaggio economico derivante dall'implementazione delle medicazioni avanzate per la cura delle lesioni da pressione. Il maggiore elemento di forza di tali *device* è legato alla migliore gestione degli accessi presso il domicilio, con un significativo risparmio in risorse umane (operatori sanitari), che devono accedere presso il domicilio del paziente.

Con questo primo articolo si intendono proporre i risultati correlati alla sola valutazione economica di questo percorso. L'evoluzione di tale analisi, che si vorrà presentare in un secondo e prossimo articolo, sarà relativa all'applicazione in questo ambito di un'ulteriore metodica: l'*Health Technology Assessment*, prendendo in considerazione sia l'impatto di efficacia, sia di impatto sul *budget*, sia di etica ed equità, nonché di generalizzabilità.

**Abstract**

The increase in survival in chronic, degenerative and debilitating illness and, consequently, increasing age of the population are factors that have created greater awareness on the issue of treatment of pressure sores.

Remembering also that it is the aging population, together with the development and increasing use of technology, is a major cause of increased spending on health. Having said that, we understood the importance of conducting studies that address the issue of aging-related diseases, including implementing economic evaluations.

The project presented here aims to investigate the issue of treatment of pressure sores and the economic exploitation of its pathway, offering useful and innovative *management* tools for the evaluation of some kind of natural care pathways.

The primary objective of the study is to understand whether and to what extent advanced medications are a cost effective solution compared with traditional medications, in the context of integrated home care provided by local health authorities. To achieve this we proceeded to an analysis of direct resources (valued in monetary terms) related to the process of treatment of pressure sores in two different groups of patients medicated with traditional products belonging to either the category 'traditional' or 'advanced'.

The analysis took the perspective of the Hospital, to provide detailed guidance for decision-makers spend. The observation was conducted on 362 patients, some of them with traditional medications, others by means of advanced medications, and treated at 18 integrated home care centres (ADI) from 8 Italian regions. In this project there participated researchers, administrators, nurses and nursing ADI, including 2 who were responsible for the ASL, health authority territory, of Pavia.

The cost analysis was made using its own approach of the method of Activity Based Costing and was done by mapping all the costs related to the patient care pathway, with respect to only pathology taken into consideration (bedsores), not with respect to the patient's entire medical history (personnel costs, costs involved in the care, cost of transport, for the treatment only of pressure sores).

The observation testified to the existence of an economic benefit arising from the implementation of advanced medications to treat pressure sores. The major element of strength of these *devices* is linked to better access management at home, with a significant savings in the human resources (health professionals) who need access to the home of the patient.

With this first article we intended to show the results related only to the economic evaluation of this pathway. The evolution of this analysis will be submitted in a second, forthcoming article on the application of an additional method in this area: the Health Technology Assessment, taking into account the impact of efficiency, the impact on the budget, the ethics and equity, as well as generalisability.

più irrorata da sangue e rifornita di ossigeno in modo sufficiente.

I fattori che concorrono all'insorgenza di ulcere da pressione sono distinti in due categorie: fattori locali (compressione, forze di taglio, attrito, umidità, secchezza) e fattori sistemici (età, immobilità, malnutrizione, malattie sistemiche)<sup>6</sup>. Mentre i primi esercitano una pressione meccanica sui tessuti molli e determinano la creazione di possibili lesioni cutanee, i fattori sistemici si annoverano come le cause principali dell'insorgenza delle ulcere<sup>7</sup>.

La cattiva nutrizione, in termini di cattivo apporto calorico e proteico alla dieta quotidiana, riveste una delle maggiori cause sistemiche di rischio insorgenza di decubiti. Lo stato di nutrizione del paziente è certamente compromesso in soggetti anziani, in stati ipermetabolici, nelle ipertensione prolungate oppure nelle cachessie dovute a presenza di neoplasia. Anche l'ipotesione può essere un fattore di rischio, che

diviene particolarmente grave in caso di specifiche categorie di pazienti, come i mielolesi.

La localizzazione della lesione dipende dai distretti corporei che sono maggiormente interessati dalla pressione<sup>8</sup>. Classicamente e più frequentemente le sedi colpite sono: zona del sacro e rachide (30-40%), i talloni (15-20%), la regione ischiatica (5-15%), i grandi trocanteri (10-15%), nonché i malleoli laterali (6-7%). Circa il 95% dei casi di decubito si manifestano in

queste localizzazioni.

Ricordiamo che il percorso di prevenzione e assistenza all'insorgenza di ulcere pressorie è di diretta competenza e responsabilità infermieristica. La loro presenza è sintomo, a volte, di cattiva o non completa gestione assistenziale del paziente. Tale problematica, inoltre, non solo peggiora significativamente la qualità di vita del malato<sup>9,10</sup>, ma allunga la necessità di cure e, in caso di ricovero<sup>11</sup>, la durata della degenza, provocando così un maggiore aggravio, in termini economici, a carico del Servizio Sanitario Nazionale e del Servizio Territoriale che ha in carico quel soggetto.

Sovramaterassi ad aria, materassi ad aria, gomitiere e talloniere, etc...possono essere degli strumenti di prevenzione dell'insorgenza di lesioni oppure coadiuvare il processo di cura delle stesse. Per il trattamento dei decubiti si procede a una applicazione sulla ferita di medicazioni, che sono suddivise in due grandi categorie: le medicazioni tradizionali e le medicazioni avanzate.

La definizione dell'appartenenza a una delle due categorie è avvenuta attraverso la determinazione del concetto stesso di medicazione, ossia di un materiale che viene posto a diretto contatto con una lesione (medicazione primaria), che può necessitare di un supporto di fissaggio o di interazione con la stessa (medicazione secondaria). La medicazione ideale è quella in grado di creare l'ambiente fisiologico per il processo di guarigione della lesione.

Le medicazioni avanzate si caratterizzano per la specificità di applicazione rispetto allo stadio e alle condizioni della ferita e per il loro costo superiore rispetto alle medicazioni tradizionali. Presentano, inoltre, il vantaggio del minore tasso di sostituzione, se paragonate alle medicazioni tradizionali, tasso che risulta essere mediamente doppio. La sostituzione della medicazione, insomma, avviene ogni due giorni contro l'effettuazione giornaliera del bendaggio in caso di medicazioni tradizionali. Si sono considerate come medicazioni avanzate tutte le placche e/o schiume di idrocolloidi e poliuretani, con o senza presenza di argento.

Come tradizionali, invece, sono state va-

**Note di segreteria**

Le procedure di iscrizione consentono di accettare domande con la semplice certificazione di conseguimento del titolo abilitante. Si rammenta che ai sensi della normativa vigente è indispensabile consegnare copia del titolo di studio non appena possibile. Chi non avesse ancora provveduto è invitato a farlo con cortese sollecitudine

lutate medicazioni per le quali sono stati utilizzati i seguenti materiali: garze, imbevute o meno di soluzione salina e/o di soluzioni antisettiche, o impregnate di creme contenenti più o meno qualche sorta di principio attivo.

**Lo studio: obiettivi, materiali e metodi**

I risultati qui di seguito presentati fanno riferimento al primo obiettivo di un più ampio e complesso studio realizzato dal CREMS, Centro di ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale dell'Università Carlo Cattaneo – LIUC di Castellanza (VA), in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità - ISS e professionisti afferenti l'Università di Roma II – Tor Vergata, che si inserisce nella categoria degli studi economici multicentrici osservazionali prospettici, con il titolo di "Studio osservazionale di valutazione economica del percorso di cura delle lesioni da pressione in Assistenza Domiciliare Integrata: medicazioni avanzate e tradizionali a confronto".

Tale studio osservazionale ha avuto due obiettivi primari: la valutazione di assorbimento medio per giungere al costo medio di accesso e al costo medio mensile del percorso di cura e assistenza delle lesioni da pressione in Assistenza Domiciliare Integrata. Una valutazione di costo-efficacia con applicazione della metodica di *Health Technology Assessment* al fine di valutare l'ambito clinico, economico, di impatto sul budget, organizzativo, di etica, equità e generalizzabilità dell'analisi condotta.

In questa sede si farà riferimento al solo primo obiettivo del progetto di indagine, lasciando la descrizione dei risultati del secondo obiettivo per un prossimo articolo, che sarà pubblicato sempre all'interno di questa rivista. Sarà quindi spiegata la tecnica utilizzata per raggiungere l'obiettivo primario sopra descritto e sarà fornito un inquadramento generale del disegno dello studio, al fine di comprendere appieno la sua struttura.

Essendo lo studio di natura osservazionale, non si è richiesto ai servizi domiciliari partecipanti di modificare la prassi utilizzata normalmente per la cura delle lesioni da pressione dei pazienti presi in carico. È stato richiesto ai centri coinvolti di osservare per 30 giorni una lesione di un paziente in carico presso il servizio di riferimento, decubito che fosse rientrante nei criteri di

inclusione (di seguito esplicitati), senza modificare in alcun modo la prassi assistenziale abituale, ossia in osservanza alle linee guida e procedure stabilite dai medici e dalle strutture sanitarie che li avevano in carico. Per portare a termine l'indagine, che ha visto coinvolti coordinatori infermieristici e infermieri di questi servizi, in qualità di ricercatori impegnati nella registrazione e raccolta dati, è stato assunto il punto di vista dell'Azienda Sanitaria, al fine di fornire indicazioni puntuali ai decisori di spesa, per la corretta quantificazione dei costi relativi a un processo secondario di notevole interesse e per contribuire alla valutazione economica del percorso assistenziale presso il domicilio del paziente.

L'*output* ottenuto è stato il costo medio ad accesso e costo medio mensile, ricavati da tre componenti di costo: costo della medicazione, costo del personale impegnato nel trattamento (sia assistenziale, sia medico) e costo del trasporto per raggiungere il domicilio del paziente.

A tal proposito è bene ricordare che sono stati presi in considerazione esclusivamente i costi diretti che valorizzano il processo assistenziale, attraverso la logica di attribuzione al costo di tutte le attività svolte dagli operatori durante l'intera procedura, secondo i principi dell'*Activity Based Costing - ABC*. Quest'ultimo è un metodo di calcolo dei costi aziendali orientato ad un'analisi trasversale dei processi aziendali, ad una ricerca dei generatori di costo e alla valutazione più corretta del costo del prodotto<sup>12</sup>.

L'attribuzione dei costi secondo l'ABC taglia quindi trasversalmente l'organizzazione spostando la definizione dei costi dai singoli centri di costo verso i costi dei vari processi aziendali; definire i costi di processo secondo questa metodologia significa quindi individuare innanzitutto le attività che compongono il processo, andandone poi a misurare i costi: il costo totale del processo sarà la sommatoria dei costi delle singole attività che lo compongono. La scomposizione del processo nelle sue fasi/attività e la conseguente attribuzione dei costi ad ognuna di esse, rende possibile una parcellizzazione economica dell'intero processo produttivo e permette un'analisi accurata dell'assorbimento delle risorse ad ogni passaggio che il processo compie nella produzione dell'*output* finale.

Non sono stati presi in considerazione i

costi indiretti derivanti dalla valutazione e presa in carico del paziente da parte del servizio, amministrazione e controllo dello stesso servizio, i costi relativi alla selezione, acquisizione e immagazzinamento dei prodotti utilizzati ai fini del trattamento e i costi generali aziendali.

I centri di assistenza domiciliare contattati per lo studio sono stati 45 su tutto il territorio nazionale, 18 dei quali hanno partecipato alla ricerca. Alcuni centri utilizzavano le sole medicazioni avanzate, altri solamente le medicazioni tradizionali, altri ancora decidevano la categoria di medicazione da utilizzare a seconda delle condizioni della ferita e del domicilio del paziente (facilità di accesso, ad esempio). Nell'arco di tempo dell'osservazione (30 giorni), i pazienti arruolati non potevano comunque essere trattati con entrambe le tipologie di medicazioni o trasferirsi da una categoria all'altra. Nessuno dei centri ha modificato, quindi, in alcun modo la sua attività o la tipologia di prodotti utilizzati. Non potevano essere oggetto di osservazione quei pazienti che nel corso dei 30 giorni di osservazione modificavano tipologia di medicazione utilizzata (ad esempio curati per 15 giorni con poliuretano e per 15 giorni con connettivina), in quanto non rientranti nei criteri di inclusione.

I criteri di inclusione ed esclusione per l'arruolamento della lesione oggetto dello studio, sono indicati in Tabella 2.

**Tabella 1:** Criteri di inclusione ed esclusione dei pazienti dallo studio (rielaborazione CREMS)

<b>Età pazienti</b>	Pari o superiore ai diciotto anni
<b>Superficie lesioni</b>	Compresa tra i 5cm <sup>2</sup> ed i 200 cm <sup>2</sup>
<b>Norton Score</b>	Superiore o uguale a 8
<b>Stadio NPUAP</b>	II o III stadio
<b>Sede</b>	Sacrale/rachide, Tallone/malleolo, Femore/trocantere.
<b>Esclusione</b>	1) insorgenza di sovrainfezioni che necessitano di terapie antibiotiche mirate, 2) presenza di necrosi secche o detese, 3) ricovero del paziente, 4) decesso del paziente.

**Note di segreteria**

Gli orari di apertura al pubblico sono i seguenti:

Lunedì e Giovedì dalle ore 09.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 17.00 - Martedì, Mercoledì e Venerdì Mercoledì chiusura totale

Allo studio hanno partecipato, con adesione volontaria, i servizi territoriali di Assistenza Domiciliare Integrata di diverse ASL distribuite sul territorio nazionale: ASL Milano 1, ASL Milano, ASL Varese, ASL Pavia, ASL Lecco, ULSS 22 Bussolengo, ULSS 20 Verona, ULSS 19 Adria, ULSS 18 Rovigo, ULSS 16 Padova, ASL 20 Alessandria e Tortona, ASL 3 Nuoro, AUSL Ravenna, ASL Avellino 2, AUSL Foggia 1, ASL Roma A, distretti 2,3 e 4, ASL Roma E, ASL Benevento 1, ASL Na 5, ASL Latina, coinvolgendo complessivamente 8 diverse Regioni.

La raccolta dati avveniva mediante una valutazione del paziente al giorno 1 e al giorno 30, con un *assessment* globale del malato attraverso scheda S.OS.I.A. - Scheda Osservazione Intermedia Assistenza della Regione Lombardia, per consentire una comparazione tra i due gruppi di pazienti (categoria avanzate e categoria tradizionali), nonché attraverso una scheda ad accesso, nella quale si reperivano non solo dati sulla nutrizione e sulle condizioni generali del paziente, ma soprattutto si registravano tutti i materiali, farmaci utilizzati e la tipologia di mezzo di trasporto per raggiungere il domicilio, al fine di una valorizzazione complessiva dell'attività dedicata a quella lesione oggetto di analisi nello studio.

## I risultati

### Popolazione

Sono stati inclusi nello studio 362 pazienti. Hanno concluso il periodo di *follow-up* 351 pazienti (97% della popolazione), 201 appartenenti al gruppo di trattamento delle medicazioni avanzate (57,26% della popolazione totale) e 150 appartenenti al gruppo delle medicazioni tradizionali (42,74%). Le motivazioni che hanno portato gli 11 pazienti a concludere prematuramente il periodo di osservazione, sono state: il decesso (73%) o il ricovero (27%).

I due gruppi risultano essere omogenei per quanto attiene le due popolazioni oggetto di analisi, sia in termini di distribuzione del sesso, dell'età, delle principali categorie patologiche generali, sia per quanto attiene le cause di insorgenza delle lesioni da decubito, le distribuzioni della localizzazione di insorgenza, la profondità della ferita (1 centimetro circa), nonché per livello di rischio di insorgenza di piaga da decubito (nelle due popolazioni il *Norton Score* era compreso tra 8 ed 11).

Non sono state rilevate delle differenze statisticamente significative nemmeno per quanto attiene l'utilizzo di ausili per il movimento, di presidi antidecubito e di indicatori generali di inabilità. Ciò a conferma della confrontabilità tra i due campioni presi in esame.

Nell'analisi comparata dei due campioni oggetto di studio sono state, però, rilevate anche delle variabili che presentavano delle differenze statisticamente significative. Le due determinanti definite come dimensione della lesione e stadiazione dell'ulcera, non sono distribuite in modo omogeneo all'interno delle due popolazioni: le lesioni trattate con medicazioni avanzate presentano un'estensione maggiore rispetto alle ulcere trattate con medicazioni tradizionali (circa 33 cm<sup>2</sup> contro 20 cm<sup>2</sup>, con *p value*=0.002) e inoltre una maggiore incidenza di stadiazioni di III grado della scala NPUAP (*p value*=0.001). Ciò potrebbe derivare dalla propensione all'utilizzo di medicazioni avanzate, nel caso di lesioni di maggiore ampiezza e gravità.

Da quanto esposto è derivata una sostanziale omogeneità e quindi confrontabilità, ai fini di una valutazione di tipo economico, dei due gruppi di pazienti osservati durante lo studio.

### Risultati economici

Il costo medio per accesso è più elevato nel gruppo di pazienti trattati con medicazioni avanzate (20,63 euro vs. 14,82 euro) e la differenza è imputabile alla maggiore incidenza dei costi per i materiali utilizzati per la pulizia e il trattamento della lesione (più del 60% del costo ad accesso, in entrambe le categorie di trattamento): le medicazioni avanzate richiedono, infatti un maggiore assorbimento di risorse economiche per il loro acquisto da parte delle farmacie territoriali (12,58 euro contro 9,97 euro).

Si presentano questi risultati all'interno della Tabella 2.

**Tabella 2:** Costo medio per accesso del trattamento nelle tue categorie di riferi-

TIPOLOGIA di COSTO	MEDICAZIONI AVANZATE	MEDICAZIONI TRADIZIONALI	VANTAGGIO o SVANTAGGIO MEDICAZIONI AVANZATE RISPETTO A TRADIZIONALI	
Costo medio mensile per la prestazione dell'operatore	141,95 €	216,23 €	74,28 €	34,35%
Costo medio mensile per i materiali di medicazione	67,18 €	54,10 €	- 13,08 €	- 24,18%
Costo medio mensile per il trasporto	28,69	€ 23,33 €	- 5,36 €	- 22,97%
<b>Costo medio mensile Totale</b>	<b>237,82 €</b>	<b>324,61 €</b>	<b>86,79 €</b>	<b>26,74%</b>
<b>Costo ipotizzato ospedalizzazione mensile Totale</b>	<b>209,13 €</b>	<b>270,33 €</b>	<b>61,2 €</b>	<b>22,64 %</b>

Tale valutazione, se effettuata considerando la stadiazione della lesione, assume un carattere di maggiore rilievo: nelle lesioni di II stadio (la cui distribuzione è più incisiva nel gruppo di controllo) l'utilizzo di medicazioni avanzate permette un rispar-

mento secondo i risultati dello studio (Fonte: rielaborazione CREMS e ISS da dati dello studio)

TIPOLOGIA di COSTO	MEDICAZIONI AVANZATE	MEDICAZIONI TRADIZIONALI
Costo medio per accesso per la prestazione dell'operatore	12,58 €	9,97 €
Costo medio per accesso per i materiali di pulizia e medicazione	5,68 €	2,49 €
Costo medio per accesso per il trasporto	2,37 €	2,36 €
<b>Costo medio per per accesso Totale</b>	<b>20,63 €</b>	<b>14,82 €</b>

Cambiando orizzonte temporale, i risultati precedentemente descritti si invertono e cambiano completamente. Analizzando infatti i trenta giorni osservazione del paziente, valutando quindi il costo medio mensile di assistenza, secondo il punto di vista dell'Azienda Sanitaria, l'utilizzo di medicazioni avanzate garantisce un minore numero di accessi e una inferiore incidenza dei costi del personale rispetto al costo totale del processo, compensando così il maggior sforzo economico richiesto per l'acquisto dei materiali di consumo. A questo proposito si analizzi quanto proposto all'interno della Tabella 3.

**Tabella 3:** Costo medio mensile del trattamento nelle due categorie di riferimento (Fonte: rielaborazione CREMS e ISS da dati dello studio)

mio addirittura del 40% (come si può evincere dalla Tabella 4).

**Tabella 4:** Costo medio totale mensile del trattamento per stadiazione N.P.U.A.P. della lesione, nei due gruppi di trattamen-

to (Fonte: rielaborazione CREMS e ISS da dati dello studio)

TIPOLOGIA di COSTO	MEDICAZIONI AVANZATE	MEDICAZIONI TRADIZIONALI	VANTAGGIO % MEDICAZ. AVANZATE RISPETTO A TRADIZIONALI
Il Stadio	184,20 €	307,86 €	40,17%
III Stadio	276,32 €	349,74 €	21,00%

Probabilmente il risultato più interessante e da approfondire maggiormente è legato non già agli aspetti economici, quanto a quelli di risparmio in termini di utilizzo delle risorse umane. L'osservazione degli accadimenti nell'arco dei trenta giorni ha permesso di comprendere come il numero degli accessi presso il domicilio del paziente, nel caso di utilizzo di medicazioni avanzate, si riduce del 50%. Ciò dipende dalla natura della medicazione avanzata, che richiede una permanenza sulla cute maggiore rispetto alle medicazioni tradizionali. Queste ultime devono necessariamente essere cambiate giornalmente (Figura 1).

### Conclusioni e discussione

Il *framework* utilizzato per l'analisi dei *device* è altamente replicabile: risulta infatti applicabile nell'ambito dell'assistenza territoriale, come anche in quella ospedaliera, utile per effettuare attività di *benchmarking* tra differenti strutture, non solo in Italia, ma anche in Europa e in tutto il mondo.

Importante sottolineare come, al fine di comprendere i costi della cura delle lesioni in caso di pazienti non presi in carico dall'ADI, ma dalle strutture ospedaliere, sia sufficiente eliminare i costi di trasporto e si avrebbero ugualmente delle stime in termini di costi diretti. Anche nella valutazione di un simile scenario, dall'elaborazione dei dati si può evincere come le medicazioni avanzate mantengano un vantaggio significativo, pari a una riduzione dei costi del 22,64%.

La buona qualità dei dati raccolti ha permesso, inoltre, di osservare una maggiore efficacia delle medicazioni avanzate per la

cura delle ulcere da pressione. Infatti, nonostante i generali miglioramenti rilevati (in termini di riduzione della lesione) in entrambi i gruppi, le medicazioni avanzate, rispetto al gruppo di controllo quindi tradizionali, producono una maggiore riduzione percentuale delle dimensioni della lesione (-40% vs. -34%) richiedendo un minore assorbimento di costi. Tale considerazione conclusiva è divenuta elemento primario per il raggiungimento del secondo obiettivo primario dello studio, ossia la possibilità di effettuare un'analisi di costo-efficacia e di *Health Technology Assessment*, che sarà presentata in un prossimo articolo.

L'utilizzo di prodotti appartenenti alla categoria delle medicazioni avanzate permette di ridurre gli accessi presso il domicilio del paziente, addirittura del 50% in soli 30 giorni di osservazione (da 22 accessi a 11 accessi). Ciò consente una diminuzione dell'impiego di risorse scarse (gli operatori sanitari), per caso trattato, incrementando la disponibilità di accesso presso gli utenti e migliorando le attività assistenziali presso il domicilio del paziente.

Anche questo risultato è di significativo interesse, in quanto fa comprendere come l'impatto organizzativo sia uno degli elementi che, soprattutto a livello assistenziale, ricoprono un ruolo essenziale. Infatti dimezzare gli accessi ha un'importanza strategica ben superiore rispetto al mero risparmio economico. Aiuta una migliore gestione di risorse scarse quali sono gli operatori che svolgono attività assistenziale, in particolar modo in una realtà complessa come quella territoriale, a fronte di un sempre più accentuato spostamento dell'asse di cura verso il territorio.

L'impatto sull'organizzazione è, quindi, superiore rispetto a quanto evidenziato dal semplice conto economico di trattamento, mettendo in luce la totale necessità di applicazione, in un contesto come questo, della metodica multidimensionale dell'*Health Technology Assessment*, al fine di corredare una valutazione esclusivamente economica con anche una serie di aspetti di tipo manageriale.

La possibilità di reperire evidenze che aprano spiragli a una migliore organizza-

zione dei servizi di assistenza domiciliare, ricopre un ruolo particolarmente interessante in quanto, in situazioni dove la domanda sta sempre aumentando e le risorse divengono sempre più scarse, è interessante ipotizzare degli elementi di riorganizzazione. Se magari ciò non sembra ai nostri occhi ottimizzabile all'interno della realtà lombarda, una più attenta valutazione della situazione italiana, completamente a macchia di leopardo, ha evidenziato come tale affermazione non sia "superata o vecchia", ma abbia ancora oggi un elevato valore.

Con un maggiore utilizzo di medicazioni avanzate si fa più critico il tema della formazione degli operatori che le utilizzano (e, perché no, anche dei *care giver*), che devono scientemente andare a valutare non solo il prodotto da utilizzare, considerando anche il particolare stato nel quale si trova la lesione (tipologia di essudato, granulazione, briglie, necrosi o altro), ma il quantitativo idoneo ad assicurare un miglioramento della stessa, se non addirittura auspicarne la guarigione.

Specializzazione e supporto tecnico saranno elementi che caratterizzeranno sempre più i servizi ADI nel prossimo futuro. Alcune aziende sanitarie lo hanno percepito e sono state segnalate alcune sperimentazioni gestionali che, attraverso ausili tecnici (foto e descrizione della lesione) e supporto di consulenza a distanza, permettono il miglioramento delle *performance* assistenziali in questo campo.

Lo studio ha osservato che è pratica comune, tra gli operatori dei servizi domiciliari, riutilizzare parcellizzando il prodotto monodose (per esempio placche di idrocolloidi), in modo da permettere più utilizzi su pazienti diversi. Questo comportamento è probabilmente spiegabile attraverso l'attenzione (psicologica) al costo del prodotto, dimostrando che ormai il valore monetario di un prodotto è sempre tenuto presente dagli "addetti ai lavori" e non è di secondo rilievo: il prodotto con un costo più elevato è utilizzato con maggiore parsimonia. Al contrario, lo studio ha misurato come le garze per la detersione della lesione, che hanno senza dubbio un impatto economico inferiore, vengano utilizzate in grande quantità, rischiando di generare uno spreco economico.

Altri suggerimenti arrivati dalla ricerca riguardano la necessità di presa in carico globale del paziente che presenta lesioni da pressione. Presidi antidecubito, corretta alimentazione e movimentazione, non possono essere sostituiti dalla cura assistenziale della sola piaga, riportando due elementi essenziali per gli operatori: la conoscenza delle cause e dei rimedi (professionalità per migliorare i *gap* di *performan-*

### Note di segreteria

Qualora un iscritto cambi indirizzo, recapiti telefonici, posto di lavoro o consegua dei titoli accademici, deve segnalarlo in segreteria per l'aggiornamento dell'Albo professionale di appartenenza. La comunicazione può essere inviata tramite via fax, e-mail, posta tradizionale, oppure personalmente in Collegio compilando l'apposito modulo.

ce osservati), ma anche del tempo per poter intervenire presso i parenti con spiegazioni e dimostrazioni.

Altri settori sanitari di cura e assistenza hanno intrapreso la strada del "pacchetto prodotti" per standardizzare i comportamenti ed evitare gli sprechi: andrebbero avviati degli studi per misurare la convenienza o meno di questo modello di supporto. Infine, una considerazione sulla presenza nei banchi delle farmacie delle medicazioni avanzate, ancora sporadica e limitata ad alcune categorie. La conoscenza dei percorsi ottimali nel trattamento delle lesioni cutanee delle figure assistenziali, ma anche di altri *care giver* (MMG per esempio) porterebbe alla diffusione di queste tecnologie anche presso il grande pubblico, con vantaggi per tutti.

Ultima ma non meno importante considerazione riguarda la necessità sempre più sentita di applicare degli strumenti manageriali all'interno della realtà quotidiana dei servizi sanitari, se non per cambiare completamente le prassi, quanto meno per iniziare a fare scaturire dei ragionevoli dubbi. Il fatto che questa ricerca sia stata condotta con l'esclusivo supporto e coinvolgimento di coordinatori e di personale infermieristico ci fa rammentare come questa professione abbia grandi capacità di ricerca e abbia la possibilità e il dovere di portare all'attenzione della comunità scientifica e dei decisori di spesa tutte quelle istanze che possono, attraverso una quantificazione delle problematiche, cercare di raggiungere un traguardo essenziale: il miglioramento della gestione delle risorse e quindi della qualità dell'assistenza garantita al paziente.

<sup>1</sup> Rielaborazione CREMS su dati della Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat statistics, 2005

<sup>2</sup> Cullum N., Nelson E. A., & Nixon J., Piaghe da decubito. *Clinical Evidence*, Roma, Edizione italiana, 1051-1057, 2001. Di Censo A., Cullum N. & Ciliska D., Implementing evidence based nursing: some misconception, *EBN*, 1, 38-40, 1998.

<sup>3</sup> Biglietti G., Le ulcere da pressione: prevenzione, fisiopatologia, clinica, trattamento medico e chirurgico, [www.asl16.sanitacn.it](http://www.asl16.sanitacn.it).

<sup>4</sup> Zanetti E. et al., Prevenzione e Trattamento delle lesioni da decubito, linea guida AHCP (Agency for Health Care Policy and Research 1992-1994), Lauri Edizioni, Maggio, 2000.

<sup>5</sup> Allman R.M., Pressure ulcer prevalence, incidence, risk factors, and impact, *Clinical Geriatric Medicine*, 1997 August; 13 (3), 421-436.

<sup>6</sup> European Pressure Ulcer Advisory Panel, *Pressure Ulcer Treatment Guidelines*, cited 2006 April 26, United State of America, <http://www.epuap.org/gltreatment.html>

<sup>7</sup> Cullum N., Nelson E. A., & Nixon J., Piaghe da decubito. *Clinical Evidence*, Roma, Edizione italiana, 1051-1057, 2001.

<sup>8</sup> Pacitto P., Definizione di piaga da decubito, [www.piagadadecubito.it](http://www.piagadadecubito.it)

<sup>9</sup> Berlowitz D.R., Brandeis G.H., Anderson J., Du W. & Brand H., Effect of pressure ulcers on the survival of long-term care residents, *Journal of Gerontology A Biol Sci Med Sci*, 1997, Volume 52, pages 106-110.

<sup>10</sup> Thomas D.R., Goode P.S., Tarquine P.H. & Allman R.M., Hospital acquired pressure ulcers and risk of death, *J Am Geriatr Soc*, 1996, Volume 44, pages 1435-1440.

<sup>11</sup> Graves N., Birrel F. & Whitby M., Effect of pressure ulcers on length of hospital stay, *Infect Control Hospital Epidemiol*, 2005, Volume 26, 293-297.

<sup>12</sup> Rossano L., Gestione e controllo dei processi produttivi, 1999, Franco Angeli editore.

### Gli autori

\* *Assegnista di Borsa di Ricerca, Ricercatore CREMS*

*Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale, dell'Università Carlo Cattaneo LIUC di Castellanza (VA).*

\*\* *Ricercatore CREMS*

*Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale, dell'Università Carlo Cattaneo LIUC di Castellanza (VA).*

\*\*\* *Direttore CREMS*

*Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale, dell'Università Carlo Cattaneo LIUC di Castellanza (VA).*

### Bibliografia

- Allman R.M., Pressure ulcer prevalence, incidence, risk factors, and impact, *Clinical Geriatric Medicine*, 1997 August; 13 (3), pages 421-436.
- Berlowitz D.R., Brandeis G.H., Anderson J., Du W. & Brand H., Effect of pressure ulcers on the survival of long-term care residents, *Journal of Gerontology A Biol Sci Med Sci*, 1997, Volume 52, pages 106-110.
- Biglietti G., Le ulcere da pressione: prevenzione, fisiopatologia, clinica, trattamento medico e chirurgico, [www.asl16.sanitacn.it](http://www.asl16.sanitacn.it).
- Cullum N., Nelson E. A. & Nixon J., Piaghe da decubito. *Clinical Evidence*, Roma, Edizione italiana, 1051-1057, 2001.
- Di Censo A., Cullum N. & Ciliska D., Implementing evidence based nursing: some misconception, *EBN*, 1, 38-40, 1998.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, *Pressure Ulcer Treatment Guidelines*, cited 2006 April 26, United State of America, <http://www.epuap.org/gltreatment.html>
- Graves N., Birrel F. & Whitby M., Effect of pressure ulcers on length of hospital stay, *Infect Control Hospital Epidemiol*, 2005, Volume 26, pages 293-297.
- Monti M., L'Ulcerata cutanea: approccio multidisciplinare alla diagnosi ed al trattamento, Edizione Springer-Verlag Italia, Milano 2000
- Pacitto P., Definizione di piaga da decubito, [www.piagadadecubito.it](http://www.piagadadecubito.it)
- Thomas D.R., Goode P.S., Tarquine P.H. & Allman R.M., Hospital acquired pressure ulcers and risk of death, *J Am Geriatr Soc*, 1996, Volume 44, pages 1435-1440.
- Rossano L., Gestione e controllo dei processi produttivi, 1999, Franco Angeli editore.
- Zanetti E. et al., Prevenzione e Trattamento delle lesioni da decubito, linea guida AHCP (Agency for Health Care Policy and Research 1992-1994), Lauri Edizioni, Maggio, 2000.

### Note di segreteria



Chi fosse interessato a collaborare alla redazione della Rivista "Infermiere a Pavia" o chiunque avesse elaborato dei lavori interessanti dal punto di vista professionale e culturale, può dare comunicazione contattando la segreteria.

Per tutti coloro interessati alla ricerca documentale, si rammenta che il Collegio offre uno spazio biblioteca



\* Antonella Ciocca

*“Vivi come se dovessi morire domani. Impara come se dovessi vivere per sempre”  
(Mahatma Gandhi)*

**RIASSUNTO**

La morte cardiaca improvvisa colpisce circa 1 caso / 1000 abitanti / anno, e questo fatto giustifica la prevalenza di progetti di formazione specifici, atti ad acquisire fondamenti teorici e pratici della RCP.

La formazione degli operatori di IRC si basa su linee guida internazionali, con l'obiettivo di uniformare le conoscenze e competenze relative alle operazioni di emergenza in tutto il paese.

Tutti dovrebbero essere in grado di assistere i nostri vicini di casa con tecniche di primo soccorso necessarie per la sopravvivenza.

**ABSTRACT**

The sudden cardiac death affects about 1 case / 1000 inhabitants / year, and this fact justifies the prevalence of specific training projects, acts to acquire theoretical and practical basics of RCP.

The training by the operators of IRC is based on international guidelines, with the objective to standardize the knowledge and skills relating to emergency operations throughout the country.

EVERYONE should be in a position to assist our neighbors with first aid techniques necessary for survival.

## **RCP - Rianimazione Cardio-polmonare Anno 2010: Revisioni linee guida basate sul più recente Consenso Scientifico Internazionale**



THE SUDDEN CARDIAC DEATH (morte cardiaca improvvisa) rappresenta la più importante emergenza medica nei paesi occidentali.

La morte cardiaca improvvisa colpisce circa 1 caso/ 1000 abitanti /anno e questo dato legittima la larga diffusione di progetti di formazione e addestramento specifici, atti ad acquisire concetti fondamentali teorico-pratici di rianimazione cardio-polmonare.

Il 2010 è stato un anno di “revisione” per le linee guida in materia di RCP (Revisione/Aggiornamento rispettato e previsto con scadenza quinquennale 2005/2010).

La scienza della rianimazione è materia in continua evoluzione e la stesura di corrette sequenze di gestione manovre (ALGORITMI di trattamento) deve essere applicata in seguito a processi scientifici continui, quali CRITERI DI EVIDENCE BASED MEDICINE.

Italian Resuscitation Council (IRC) è il gruppo Italiano per la rianimazione cardio-polmonare, fondata nel 1994 con lo SCOPO PRIMARIO di diffondere la cultura della rianimazione in Italia. L'associazione coinvolge medici e infermieri di diverse discipline, coinvolti attivamente in ambiente intra ed extra ospedaliero. La formazione e addestramento da parte di Operatori IRC è basata su Linee guida internazionali, con l'obiettivo di rendere omogenee le cono-

scenze e le abilità relative agli interventi di emergenza su tutto il territorio nazionale.

L'argomento morte improvvisa, riveste grande preoccupazione soprattutto se rapportato al senso civico del singolo cittadino. Negli ultimi anni si è notato come si stia estendendo la cultura dell'emergenza anche tra personale laico. CHIUNQUE dovrebbe essere nelle condizioni di poter soccorrere il prossimo con manovre di primo soccorso indispensabili per la sopravvivenza. La revisione delle linee guida 2010 ERC/IRC sarà disponibile a breve e i nuovi corsi di formazione saranno quindi adattati alle nuove direttive.

Indirizzi utili:

- [www.erc.edu](http://www.erc.edu) per recupero Linee guida dettagliate (ancora in lingua inglese).
- [www.ircouncil.it](http://www.ircouncil.it) : commissione italiana di rianimazione.

**L'autore**

\* Infermiera DH Cardiologia Riabilitativa  
Fondazione Salvatore Maugeri - Pavia  
Docente Istruttore di base IRC per Corsi BLS  
e BLS-D

\* Gianluigi Vettemberge

## Il mio sfogo: il Ciclismo



È nato prima l'uovo o la gallina? Ancora adesso non saprei rispondere alla domanda: sono nato prima io o la mia passione per lo sport? Per anni, dai sei ai ventisei, ho giocato a calcio a Belgioioso, come tanti nato e cresciuto nella squadra di calcio del paese, dove non esiste molta scelta sportiva. Ma una volta infermiere c'è stato il problema: come conciliare i turni con allenamenti e partite in giorni ed orari fissi?

E qui inizia la mia seconda vita sportiva: il ciclismo. Seguendo le orme di altri colleghi dei Pii Istituti di Belgioioso ho scoperto che andare in bici per colline e montagne ha un fascino incredibile. Primo pregio il fatto di poter praticare questo sport qualsiasi giorno a qualsiasi ora, conciliando così i turni alla pratica sportiva. Secondo punto: non sei obbligato ad allenarti con chi non ti sta simpatico e puoi scegliere di farlo da solo se ti serve meditare. Qui c'è uno dei motivi per cui fare sport: sfogo. Quando provi rabbia o tristezza cosa c'è di meglio che tritarsi le gambe ed i polmoni con una sana e provante fatica? Come dico spesso, è bellissimo sentire le gambe che metaforicamente sanguinano dal bruciore per l'acido lattico che si accumula quando dai tutto. Come descrivere la bellezza di montagne innevate, prati verdi, rumori solo di animali selvatici e vento? Es-

sere in pace con se stessi è il sinonimo di tutto ciò. In Trentino con gli amici o a Gran Canaria da solo, la bici è tutto ciò! In questi viaggi ho visto ghiacciai e cascate a portata di mano, come mi è capitato di pedalare a lato di tre metri di neve! Ricordo solo ora, allora no di certo, quando in calzoncini corti ci avventurammo in una tormenta di neve a Luglio! Peccato che fossimo quasi a 3000 metri di altitudine! Sono ancora vivo e soprattutto quando pedali ti senti molto vivo!

A Gran Canaria con una bici a noleggio passare dal mare ai 2000 metri del Pico de las nieves in mezzo alle pinete rappresenta uno dei più bei ricordi; con questa passione ho scoperto Oltrepò, Trentino, valli svizzere ed austriache, entroterra ligure e toscano e tutto ciò per merito della bici!

Mille anni fa provai, dopo aver vinto tante campestri a scuola, a praticare atletica per qualche mese: troppa fatica e smisi subito nonostante gli ottimi risultati! Ma qui inizia la mia terza vita sportiva: a 34 anni iscriversi al campionato master di podismo!

Arrivare nei primi 15 su 100 alla prima gara in collina, senza allenamento e con un paio di vecchie scarpe da ginnastica.. beh, è stato il segno! Da allora tanta fatica in Vernavola e sull'Alzaia quasi sempre da

solo ed anche al freddo (quando non si può andare in bici per freddo, nebbia, pioggia o poco tempo ci sta sempre una corsetta), ma soprattutto tante gare in bellissima compagnia, con tanta gente appassionata e senza l'assillo del risultato. Quante risottate servite dalle mitiche casalinghe dei nostri paesi che ti guardano stravolto come se fossi il nipotino ammalato. "Vuoi ancora un po' di the? Set strac? Mangia al risutei!"

Se poi si vincono anche tante gare e ti trattano come un campione, chi non ne sarebbe fiero? Sapevo di essere portato per le corse di fatica in pista e su strada o sterrato, ma vincere il trofeo Fidal provinciale 2010 nella mia categoria è stato il coronamento di tanta fatica!

Anche per questo a chi mi dice chi te lo fa fare, dove trovi il tempo e la voglia o come fai ad essere così magro nonostante tutto quello che mangi, gli rispondo: passione! E un po' di ricerca di se stessi..

Quando finisci di correre ed hai i crampi o a metà allenamento già vomiteresti dalla fatica ma arrivi lo stesso alla fine, vuol dire che hai dato l'anima e devi essere fiero di te!



L'autore

\* Infermiere

Fondazione Cella - Arena Po

## Novità in provincia il CESMO

\* Negri Federica  
\* Tosca Veronica

*CESMO is the first italian center of advanced simulation in neurology. Hal is "robot-man", he breathes and moves his eyes; you can see his vital signs on monitors while doctors and nurses care years. The center offers health professionals updating and training, using leading-edge methods*

Il CESMO (Centro di Simulazione Mondino) dell'IRCCS Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino di Pavia è il primo centro di simulazione neurologica avanzata in Italia e nel mondo.

Dal punto di vista architettonico e organizzativo è strutturato come una vera sala di ospedale all'interno della quale studenti, specializzandi, medici ed infermieri possono affrontare i quotidiani percorsi diagnostico-terapeutici.

Il centro è dotato di un area dove si trova il simulatore di un paziente adulto con il sistema di monitoraggio ambientale audio e video; di una sala regia dove è presente il software di controllo del simulatore ed il sistema di registrazione e distribuzione dei segnali audio e video; di un'aula plenaria di briefing e debriefing e di un'aula di microsimulazione dove è situata la rete di PC collegata audio e video con la sala di simulazione.

Il paziente virtuale è Hal, un robot che produce fedelmente l'anatomia esterna ed interna di un essere umano, in grado di manifestare segni clinici come dilatazione delle pupille, movimento delle palpebre, cianosi labiale, sanguinamento e di rispondere alla somministrazione di farmaci; i parametri vitali e la voce di Hal sono gestiti da una sala regia.

L'utilizzo del simulatore permette di imparare a gestire sia gli eventi di routine che quelli legati all'emergenza in assenza totale di rischio per le persone, pazienti reali.

Permette quindi di gestire casi neurologici urgenti e non, dalla diagnosi fino al trattamento più avanzato, anche invasivo, con corsi rivolti a tutte le figure professionali coinvolte nei diversi percorsi di cura con l'obiettivo di ottimizzare il lavoro d'equipe e di ridurre le probabilità di errore.

Oltre alla possibilità di ricreare situazioni

virtuali, la simulazione permette di filmare e poi rivedere quanto è accaduto per commentarlo insieme all'istruttore del corso; è così possibile capire e valutare quanto è stato fatto e quanto si sarebbe potuto fare per ottimizzare la gestione della situazione, individuando i punti di forza del team ma anche di debolezza al fine di correggere le pratiche sbagliate.

I filmati possono anche essere seguiti da altri discenti in diretta per poi discutere eventuali azioni da migliorare sia dal punto di vista tecnico che relazionale.

I corsi prevedono l'utilizzo di due strumenti didattici che integrati tra loro rappresentano il sistema educativo più avanzato: la macrosimulazione che avviene nell'ambiente attrezzato e la microsimulazione che è una simulazione virtuale al computer.

In questo ultimo caso la gestione del paziente virtuale avviene in maniera interattiva e il discente, in tempo reale, assisterà alla risposta fisiopatologia che deriva dalle sue scelte diagnostico-terapeutiche.

Questa modalità didattica ha come obiettivi finali, quello di aggiornare sulle più avanzate conoscenze scientifiche del settore e quello di favorire l'interiorizzazione delle competenze acquisite, migliorando il lavoro in equipe e la gestione dello stress.

Questo nuovo metodo di apprendimento permette a tutte le professioni sanitarie di poter lavorare in sicurezza così da fornire la migliore assistenza possibile.

In questo modo, inoltre, è possibile potenziare l'apprendimento emotivo orientato ad interpretare e decodificare l'esperienza per modificare comportamenti, conoscenze, capacità ed atteggiamenti.

### Gli autori

\* Infermiere  
Dipartimento di Neurologia speciale d'urgenza-Stroke Unit  
Istituto neurologico nazionale C. Mondino di Pavia

### Note di segreteria

Ricordarsi di far pervenire in Collegio, di volta in volta, copia dei crediti formativi ECM inerenti i corsi di aggiornamento effettuati per l'aggiornamento della banca dati

I certificati d'iscrizione possono essere prenotati anche telefonicamente. Il ritiro può essere direttamente o effettuato da una terza persona debitamente delegata, anche concordando, con l'impiegata, il giorno del ritiro.

Chi fosse interessato a ricevere in via celere comunicazioni importanti, informazioni utili, novità, date di eventi formativi, può contattare la segreteria e lasciare un recapito di riferimento che verrà usato come "casella postale prioritaria"

restituire compilato con 30 gg di anticipo sulla scadenza a GPA s.p.a – Strada Nuova, 86 27100 Pavia  
referente convenzione: Paolo Bosatra – paolo.bosatra@gruppogpa.it tel.0382-301893 – fax 538256  
allegare copia attestato di rischio e polizza in corso



• **Contraente Polizza:**

Nome Cognome:	
Data di nascita:	
Stato civile:	
Professione:	
Codice Fiscale:	
Via – C.A.P. - Città - Provincia	
Recapito telefonico\Cellulare	

• **Proprietario del veicolo se diverso dal contraente:**

Nome Cognome:	
Data di nascita:	
Stato civile:	
Professione:	
Codice Fiscale:	
Via – Città - ,Prov - C.A.P.	

• **Informazioni Contrattuali:**

Data di scadenza annuale della polizza	
Classe Di Merito: Bonus/Malus	
Ha usufruito del decreto Bersani?	
Conducenti inferiori ai 26 anni utilizzano il veicolo?	
Il veicolo è assicurato da più di 5 anni?	
Ci sono stati sinistri con colpa nell'ultimo anno?	
Ci sono stati sinistri con colpa negli ultimi 5 anni?	
Numero di auto in famiglia?	

• **Dati del veicolo:**

Marca e Modello e Allestimento	
Anno Imm.ne – Anno d'acquisto	
Targa:	
Cilindrata – Cavalli Fiscali – KW	
Ricovero notturno del veicolo:	<input type="checkbox"/> Box privato <input type="checkbox"/> Garage <input type="checkbox"/> Proprietà privata <input type="checkbox"/> Strada

• **Garanzie A.R.D. :**

Valore Assicurato:

€

<b>Incendio – Furto</b>		
<b>Kasko o Collisione</b>		
<b>Atti Vandalici</b>		
<b>Eventi Naturali e Garanzia CRISTALLI</b>		
<b>Infortunati Cond. Max</b> <input type="checkbox"/> € 100.000 <input type="checkbox"/> € 50.000		
<b>Assistenza stradale</b> <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> FULL		
<b>Tutela Legale</b>		

**Premio totale annuo attuale:**

CONVENZIONE ISCRITTI COLLEGIO IP.AS.VI DI PAVIA



**Collegio IPASVI Pavia**

# **L'INFERMIERE DI COMUNITA': prospettive di sviluppo in Lombardia**

*Programma Provvisorio*

**PAVIA Giovedì 12 Maggio 2011**  
**Sede: Aula magna Fondazione Maugeri**

Ore 8.00 - 8.30 Registrazione dei Partecipanti

## **1a. SESSIONE**

L'INFERMIERE DI COMUNITA': attualità, bisogni e prospettive di sviluppo

**SALUTI**

- Autorità Provinciali e Professionali

## **TAVOLA ROTONDA**

- *La formazione di sanità pubblica in Lombardia: quali prospettive per l'infermiere?*
- *Declinazione della sanità pubblica nella attività infermieristica, esperienze a confronto*
- *I bisogni della cittadinanza, le risposte di assistenza infermieristica*
- *Declinazione della sanità pubblica nella attività infermieristica, esperienze a confronto*

Interverranno autorità professionali, politiche e accademiche.

Ulteriori informazioni a breve sul sito

[www.ipasvipv.it](http://www.ipasvipv.it)

[www.bquadro-congressi.it](http://www.bquadro-congressi.it)