



NEWSLETTER

vol. 1 - Febbraio 2018

Presentazione

Carissima/o collega

In questa newsletter troverai la prima presentazione del XIII Congresso Nazionale ANiMO e la Call for Abstract 2018. Potrai inoltre, leggere un focus sugli interventi riabilitativi da attuare nella persona colpita da ictus. Ti invitiamo inoltre, a visitare sempre il sito dell'associazione nel quale troverai aggiornamenti inerenti la vita associativa, i programmi in dettaglio dei nostri eventi formativi, la raccolta degli evidence report, care sheet e delle newsletter.

Aperti sempre ai tuoi suggerimenti, osservazioni e contributi, che potrai inviarci al seguente indirizzo: info@associazione-animo.it ti auguriamo una buona lettura!

Giovanna Pentella, Presidente Anìmo, Letizia Tesei, Referente newsletter e il Direttivo Anìmo

SOMMARIO:

Presentazione

Vita associativa

- Lettera di presentazione del XIII Congresso Nazionale ANiMO
- Call for abstract XIII Congresso Nazionale ANiMO

Focus

- Gli aspetti riabilitativi nell'assistenza della persona colpita da ictus
Ignazia Lo Burgio, Roberta Rapetti, Letizia Tesei, Stefania Di Bernardino, Fabio Bertoncini, Giovanna Pentella

Approfondimenti Bibliografici

ANiMO informa

- Prossimi incontri, Congressi, Convegni, Pubblicazioni

Vita associativa

Lettera di presentazione del XIII Congresso Nazionale ANiMO



Carissimi Soci e Colleghi,

Vi ricordo che dal 12 al 13 maggio si terrà a Bologna il Congresso Nazionale annuale dell' Associazione Nazionale degli infermieri di Medicina, giunto alla XIII edizione.



Novità di questa edizione è l'organizzazione, il giorno 12 maggio, di una sessione accreditata per i medici e infermieri dal titolo **"Medication without harm: strategie condivise per aumentare la sicurezza"**, accogliendo l'iniziativa **Global Patient Safety Challenge on Medication Safety lanciata dall'OMS nel 2017** per ridurre i gravi danni associati all'errore in terapia nei prossimi 5 anni. Obiettivo presentato in videoconferenza da Sara Neelam Dhingra Coordinatore presso l'OMS. Infatti la gestione della terapia farmacologica rappresenta per utenti, organizzazioni sanitarie e professionisti uno dei processi complessi da presidiare non solo per le conoscenze, le competenze e le abilità che richiede al singolo professionista e alla equipe assistenziale nel suo insieme, ma anche per i risvolti e le responsabilità durante tutte le fasi della gestione del farmaco. Pertanto, è necessario che tutti i professionisti sanitari coinvolti possano condividere strategie e metodologie di lavoro capaci di incidere in maniera attiva sulla qualità dell'assistenza e sulla prevenzione degli errori in terapia. Al fine di diffondere la cultura della sicurezza basata sul principio imparare dall'errore, è fondamentale prevedere la condivisione di regole, valori ed esperienze per raggiungere risultati innanzitutto efficaci per l'utenza e nel contempo sicuri, efficienti, razionali ed economici per l'organizzazione e per i professionisti coinvolti.

La seconda novità è rappresentata il giorno 13, da una **sessione "ANIMO Giovani"** dedicata esclusivamente a infermieri al di sotto dei 30 anni che attraverso interessanti relazioni potranno a disposizione della comunità infermieristica il loro sapere e le loro innovazioni nella professione di assistere. Nella stessa giornata il corso **"l'assistenza sanitaria basata sull'evidenza"** ha l'obiettivo di applicare metodiche EBN per garantire pratiche sicure ed efficaci, attraverso l'utilizzo di strumenti e tecniche per l'implementazione di cambiamenti comportamentali.

Il corso dal titolo **"Eliminare la contenzione: dal silenzio al dire, dal dire al fare"** vuole affrontare la contenzione come atto sanitario-assistenziale non solo sul piano etico e giuridico ma anche sul piano psicologico del paziente e dei familiari attraverso l'analisi della sua definizione, delle diverse tipologie, della normativa, delle responsabilità giuridiche ed etiche degli effetti e i rischi di questa pratica e delle possibili alternative al suo utilizzo durante l'assistenza quotidiana.

Sarà riproposto il corso sulla **"learn organization"** in quanto le organizzazioni dovrebbero essere in grado di elaborare, profili, processi, obiettivi, identità e competenze diverse. C'è un mutamento che le caratterizza al pari o forse persino in maniera più vistosa dei cambiamenti che avvengono attorno ad esse. C'è dunque l'esigenza di apprendere ad essere, secondo linee di mutamento permanente, che caratterizzano l'agire organizzativo e le identità di gruppo, in uno con i comportamenti e le identità individuali.

Infine il **"corso teorico pratico sull'ecografia"** applicata al nursing in quanto capace di apportare benefici quali la riduzione dei tempi di attesa, la diminuzione di complicanze, migliori risposte procedurali e assistenziali fino alla riduzione dei costi e, in molti casi descritti, l'aumento di soddisfazione della persona assistita.



Il Congresso si chiuderà con "**La sessione creativa: l'arte che cura (musica, danza e colori)**" che propone degli interventi gold standard collegati alla best practice proposti dall' Holistic Care, quale l'utilizzo della musica nel controllo del dolore. Con l'ausilio della musica le persone si possono emozionare, entrare in contatto con lo slancio vitale, in modo viscerale, collegandosi con la propria parte "vera" ed esprimendo la complessità delle sue varie forme. L'Holist Care è considerata una strategia assistenziale per l'umanizzazione delle cure in cui sono necessarie competenze teoriche e applicative olistiche di music medicine, medicina narrativa, medicina del sorriso, medicina quantistica, tecniche di rilassamento olistici. Le tecniche di approccio olistico di cura oltre a migliorare le relazioni con i pazienti e promuovere un ambiente psicologico, emotivo e spirituale sano, possono essere applicate ed insegnate come efficaci strumenti di self-care non solo ai pazienti ma anche ai loro familiari, ai caregiver e ai sanitari implicati nell' attività di presa in carico dei bisogni assistenziali. I professionisti infatti utilizzando gli stessi approcci possono migliorare la capacità di vivere in relazione profonda con se stessi, i propri potenziali, la propria energia vitale positiva con le singole persone e con le loro diverse ricchezze umane nel gruppo ,ampliando la possibilità di comunicazione e confronto sia personale che professionale.

Infine, Il XII Congresso Animo rappresenterà un momento di riflessione all'interno dell'attuale dibattito sulle responsabilità e sulle competenze necessarie all'infermiere. Inoltre, sarà l'occasione di confronto scientifico e culturale di alto livello, sulle esperienze già in atto nel nostro Paese ma anche con uno sguardo alla realtà internazionale, analizzando in modo approfondito i temi proposti nel programma con un focus particolare su gruppi e team, organizzazioni, pazienti, tecnologia, policy, reti e sistemi nell'ottica della miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

Arrivederci a Bologna, a nome mio e del Consiglio Direttivo Animo
BUONA VITA A TUTTI

Call for Abstract 2018



L'Associazione ANiMO invita i colleghi a partecipare attivamente al **XIII Congresso Nazionale ANiMO** contribuendo con i **propri lavori scientifici o progetti di miglioramento**.

Un gruppo di infermieri esperti valuterà gli abstract pervenuti. Gli abstract dovranno essere inviati entro e non oltre il **15 marzo 2018**. I lavori accettati potranno essere presentati come poster. La notifica dell'accettazione del contributo e le istruzioni tecniche per la creazione dei poster saranno comunicate entro il **10 aprile 2018**.

Le istruzioni e il format dell'abstract è scaricabile nel sito dell'Associazione ANiMO

<https://www.associazione-animo.it/>

Per eventuali informazioni o richieste di chiarimento scrivere alla e-mail:

nazionale.animo2018@gmail.it

Gli aspetti riabilitativi nell'assistenza alla persona colpita da ictus

Ignazia Lo Burgio, Roberta Rapetti, Letizia Tesei, Stefania Di Berardino, Fabio Bertoncini, Giovanna Pentella



Nonostante i setting specifici quali le Stroke Unit, non è insolito accogliere nelle medicine interne pazienti affetti da ictus, specie se anziani.

Per tale motivo, gli infermieri di area medica, devono possedere le competenze e conoscenze necessarie per la presa in carico di questi assistiti.

Dopo un evento fortemente invalidante come un ictus, un percorso di riabilitazione assume un ruolo determinante per limitarne le conseguenze. Tale percorso dovrebbe prevedere un approccio multidisciplinare che vede gli infermieri in prima linea.

L'ictus cerebrale costituisce oggi la seconda causa di morte, la terza causa di disabilità a livello mondiale, e la prima causa di disabilità negli anziani. Nel 35% dei pazienti colpiti da ictus, globalmente considerati, residua una disabilità grave.¹

Uno degli aspetti fondamentali da dover affrontare già sin dalle prime ore dal ricovero è quello riabilitativo.

Entro le prime 48 ore dal ricovero è infatti raccomandato attivare il team a cui compete la presa in carico riabilitativa del paziente.

Già nella fase acuta dell'ictus, quindi all'arrivo in reparto, è indicato valutare lo stato di coscienza, la capacità deglutitoria, cognitiva e comunicativa, lo stato nutrizionale, il rischio di lesioni da pressione, il rischio di caduta, le funzioni sfinteriche, le esigenze del paziente in rapporto alle limitazioni dell'attività motoria, la disabilità globale e segmentaria, il contesto socio-sanitario in cui è inserito.²

Nella fase acuta dell'ictus e durante tutta la degenza ospedaliera è quindi raccomandato adottare tutte le procedure necessarie per promuovere:



- mobilizzazione precoce, corretto posizionamento, variazione delle posture a letto (igiene posturale);
- precoce recupero della stazione seduta, corretto allineamento posturale e progressiva verticalizzazione che dovrebbe attestarsi entro 3 giorni dall'evento, in ogni caso il prima possibile compatibilmente con le condizioni cliniche generali del paziente;
- partecipazione alle attività quotidiane;
- corretta alimentazione¹



Il **Progetto Riabilitativo Individuale** che occorre definire dopo un ictus richiede il contributo di operatori diversi, in base agli obiettivi consentiti dalle condizioni cliniche, ambientali e delle risorse assistenziali disponibili. In fase precoce l'intervento riabilitativo ha contenuti principalmente assistenziali per lasciar poi campo all'esercizio terapeutico.³

La definizione del progetto riabilitativo da parte del team dovrebbe essere guidata dalla valutazione globale del paziente, dalla prognosi funzionale, dalle esigenze del paziente e/o del caregiver e dalle caratteristiche operative della struttura assistenziale.¹ L'International Classification of Functioning and Disability (ICF) è stato definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come lo schema di riferimento per classificare lo stato di salute. La perdita della salute è definibile come disabilità per la quale l'ICF identifica i problemi costituenti per ogni singolo paziente.³

Nella pianificazione degli interventi riabilitativi è raccomandato definire obiettivi riabilitativi a lungo, medio, breve termine con un approccio centrato sul paziente che coinvolgano sia funzioni di tipo motorio che cognitivo-linguistiche, tenendo conto delle esigenze a lungo termine del soggetto colpito dall'evento cerebrovascolare. In generale gli obiettivi sono rivolti al raggiungimento della massima autonomia possibile nelle attività principali della vita quotidiana e, ove possibile, al recupero di abilità che permettano di contenere e/o superare lo svantaggio sociale. Nei casi più severi, gli obiettivi del trattamento sono rappresentati dal contenimento della richiesta di assistenza per le attività della vita quotidiana.²

È indicato, un triage del percorso riabilitativo, che permetta l'identificazione precoce dei fattori prognostici funzionali per pianificare adeguatamente il percorso riabilitativo, per ottimizzare le risorse e garantire l'appropriatezza.

I due più potenti predittori di recupero funzionale ed eventuale dimissione a domicilio sono la gravità iniziale dell'ictus e l'età del paziente². La gravità iniziale è di gran lunga il più importante. Non è indicato considerare l'età avanzata come fattore di esclusione dal progetto riabilitativo. Nel paziente anziano occorre considerare per questo la disabilità premorbosa e le eventuali comorbidità interagenti².

Il coma all'esordio, la perdita di controllo sfinterico, la severità della disfagia e la persistenza della plegia rappresentano indicatori predittivi sfavorevoli nei confronti del recupero dell'autonomia.⁴ I pazienti disfagici presentano un rischio di polmonite oltre 3 volte maggiore rispetto ai non disfagici, mentre tale rischio diventa altissimo nei pazienti a rischio di aspirazione. La disfagia è una complicanza comune che si manifesta nel post ictus acuto con un'incidenza tra il 40 e il 78%. Esiste un legame importante tra la disfagia e la comparsa di alcuni esiti negativi con aumentato rischio di: prolungamento della degenza ospedaliera, infezioni polmonari, ab-ingestis, invalidità e morte⁵.

Nelle prime 24 ore dall'ictus è raccomandata una tempestiva valutazione del rischio di aspirazione, mediante la somministrazione di un test di screening semplice, quale il test della deglutizione dell'acqua, da parte di personale addestrato, a tutti i pazienti vigili, collaboranti e in grado di mantenere la stazione seduta a letto con appoggio.²

In presenza di disfagia severa si ritiene opportuna la nutrizione artificiale attraverso un sondino nasogastrico nelle prime 2-3 settimane dall'evento. Il posizionamento di gastrostomia percutanea



endoscopica (PEG) è opportuno per quei pazienti che presentano disfagia severa post-ictus che si preveda non possa risolversi entro le successive 4-6 settimane.²

Si ritiene opportuno il monitoraggio del bilancio idrico e dell'apporto di nutrienti in tutti i pazienti ad elevato rischio di malnutrizione o malnutriti e/o con problemi di deglutizione. La supplementazione con integratori dietetici o la nutrizione enterale sono raccomandati nei pazienti disfagici ad alto rischio nutrizionale in cui l'assunzione alimentare sia inadeguata.⁴

Nel soggetto disfagico in cui è appropriata l'alimentazione per via orale, è indicato l'impiego della dieta progressiva per la disfagia, che prevede quattro livelli: dieta omogeneizzata, dieta semi-solida, dieta solida morbida e dieta regolare.⁴

Si ritiene opportuno che a tutti i pazienti con ictus che non sono in grado di provvedere autonomamente, e specialmente a quelli con problemi di deglutizione, sia fornita regolarmente l'igiene del cavo orale, comprensiva della cura e del posizionamento di eventuale protesi dentaria.²

L'utilizzo di dispositivi di compressione pneumatica intermittente è raccomandato nella prevenzione della trombosi venosa profonda, in particolare nei pazienti con controindicazione all'esecuzione di trattamenti farmacologici.²

La presenza di una rete di rapporti familiari e sociali favorisce il rientro a domicilio e previene il decadimento delle abilità funzionali nel lungo-termine. Il coinvolgimento del caregiver nella realizzazione di programmi terapeutici da realizzare dopo la dimissione e la disponibilità di una valida organizzazione sanitaria e sociale territoriale consentono di ridurre i tempi di degenza presso le strutture ospedaliere.²

Sia nelle fasi acute dell'ictus che sub-acute e croniche è raccomandato attivare tutte le procedure necessarie per la prevenzione del dolore, indagare la presenza di sintomatologie dolorose, valutarne le specifiche caratteristiche ed intensità al fine di implementare specifici provvedimenti terapeutici farmacologici e/o non farmacologici in un contesto multidisciplinare che coinvolga tutte le figure professionali addette alla cura del paziente.²

Per esempio, è raccomandato che il trattamento della spalla dolorosa dell'emiplegico preveda una gestione multidisciplinare ed interdisciplinare con procedure farmacologiche e non farmacologiche quali il corretto posizionamento (sia nel paziente allettato che durante i trasferimenti).^{2,4}



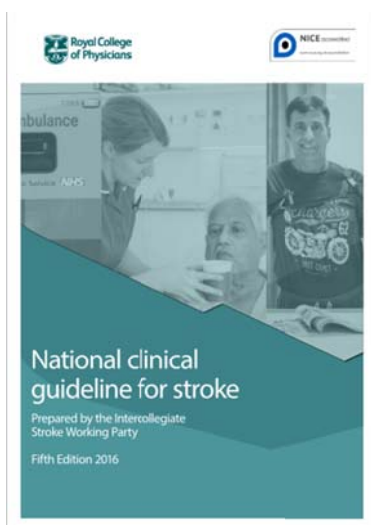
Bibliografia

1. Royale College of Physicians, National Clinical Guideline for stroke, 2016
2. SPREAD – Stroke Prevention Educational Awareness Diffusion Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento, 2016
3. Prvu Bettger JA, Kaltenbach L, Reeves MJ, Smith EE, Fonarow GC, Schwamm LH, Peterson ED. Assessing stroke patients for rehabilitation during the acute hospitalization: findings from the Get With The Guidelines-Stroke program. Arch Phys Med Rehabil. 2013
4. American Heart Association. Stroke statements & guidelines.
http://professional.heart.org/professional/GuidelinesStatements/UCM_316885_Guidelines-Statements.jsp. Accessed March 5, 2016

Approfondimenti bibliografici



<http://www.iso-spread.it/index.php?azione=capitoli#>

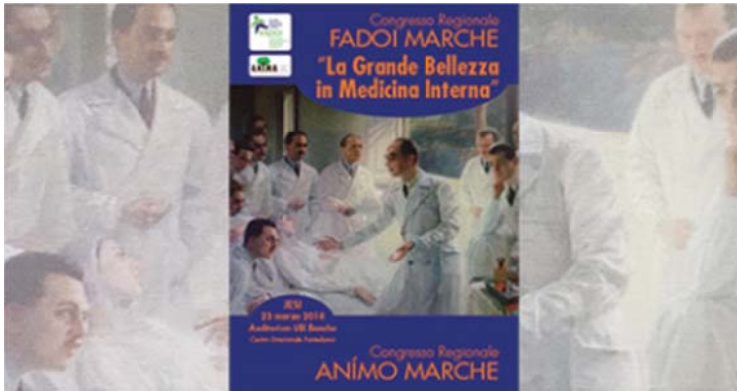


<https://www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines>



ANIMO informa

23 Marzo 2018 Congresso Regionale FADOI-ANiMO MARCHE



14 Aprile 2018 VIII Congresso Regionale FADOI-ANiMO LIGURIA



12-13 Maggio 2018 Congresso Nazionale ANiMO

