IAWC

ITALIAN ACADEMY WOUND CARE

MODERNO MODELLO DI FORMAZIONE IN VULNOLOGIA
VHS
MIGLIORE INTEGRAZIONE OSPEDALE -TERRITORIO

UNI-ASTISS
www.uni-astiss.it

Claudio Ligresti M.D

Polo Universitario di Asti

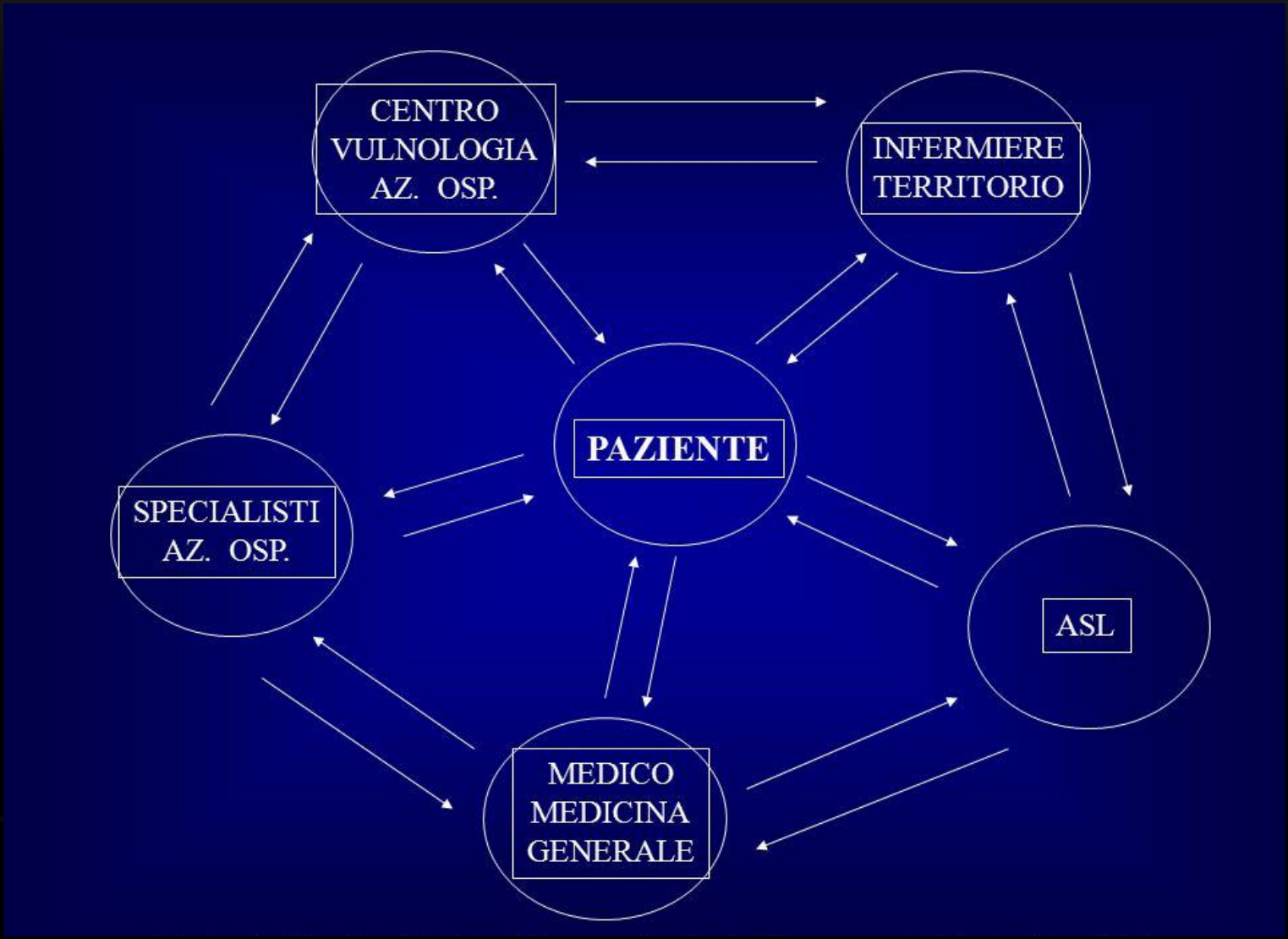
IAWC – Italian Academy Wound Care

Chirurgia Plastica Casa di Cura S.Anna - Asti
Chirurgia Plastica e Riparazione Tessutale
Maria Pia Hospital GVM Torino
I.C.L.A.S. – Istituto Clinico Ligure Alta Specialità GVM Rapallo

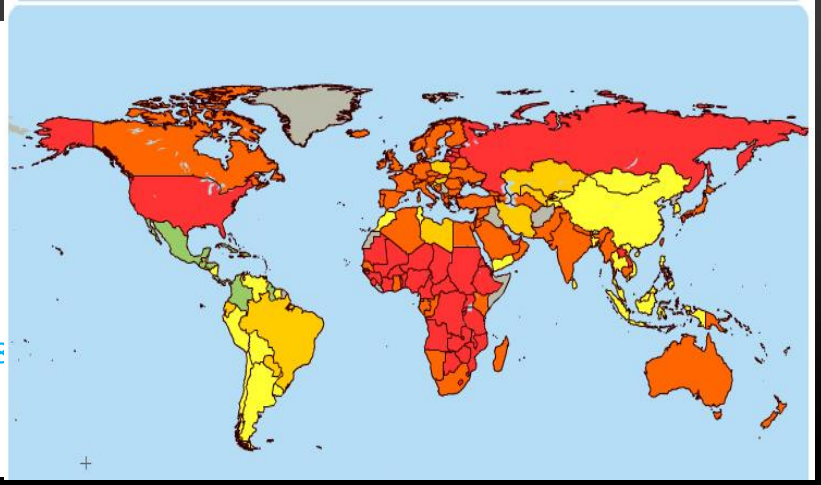
www.iawc.it ligresti.uniastissiawc@gmail.com

c.r.te.
Conferenza Italiana per lo Studio e la Ricerca sulle Ulcere, Piaghe, Ferite e la Riparazione Tessutale

VULNOLOGIA


CENTRO
VULNOLOGIA
AZ. OSP.
INFERMIERE
TERRITORIO
PAZIENTE
SPECIALISTI
AZ. OSP.
ASL
MEDICO
MEDICINA
GENERALE

Ulcers
Volume 2013 (2013), Article ID 413604, 9 pages
http://dx.doi.org/10.1155/2013/413604
Review Article
Chronic Leg Ulcers: Epidemiology, Aetiopathogenesis, and Management
Shubhangi Vinayak Agale
Department of Pathology, Grant Govt Medical College, Byculla, Mumbai 400008 India
Received 18 November 2012; Revised 24 March 2013; Accepted 3 April 2013



In the **Western world**, leg ulcers are mainly caused by **venous insufficiency, arterial insufficiency, neuropathy, diabetes, or a combination of these factors**
Venous ulcers are the most common type of leg ulcers, accounting for approximately 70% of cases. Arterial disease accounts for another 5% to 10% of leg ulcers; most of the others are due to either neuropathy (usually diabetic) or a combination of those diseases

The study from India shows that etiology of chronic wounds included systemic conditions such as diabetes, atherosclerosis, tuberculosis, and leprosy.
Other major causes included venous ulcers, pressure ulcers, vasculitis, and trauma. The study report stated that inappropriate treatment of acute traumatic wounds was the most common cause of the chronic wound .

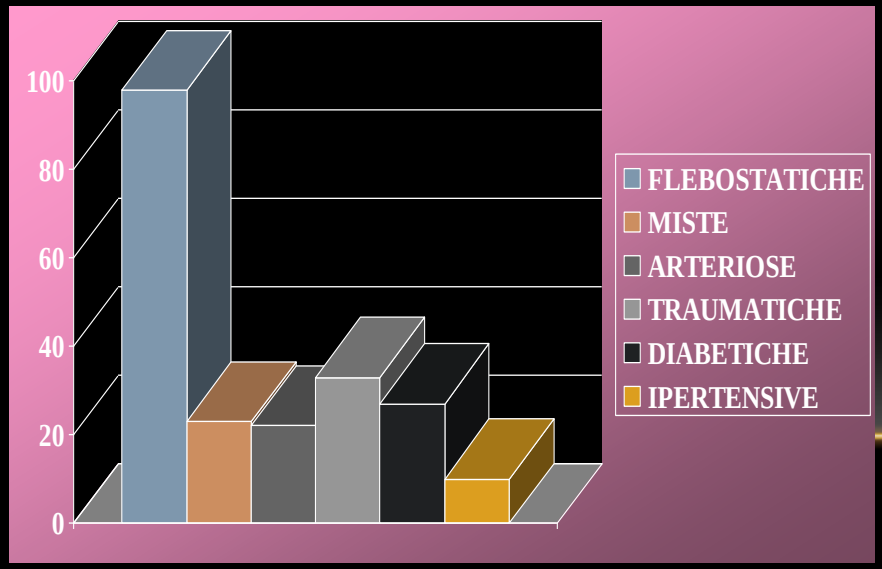
Chinese study shows that the principle etiology (67%) of ulceration is trauma or traumatic wounds compounded by infection. Diabetic ulcers, venous ulcers, and pressure ulcers accounted for 4.9%, 6.5%, and 9.2%, respectively. The majority of these wounds were seen in farmers and other agricultural workers .

E’ stato condotto uno studio multicentrico osservazionale in diversi centri in italiani dal 2010 al 2011 sullo stato epidemiologico delle ulcere vascolari (venose, miste, arteriose e diabetiche) denominato S.U.V
Lo studio ha osservato 1163 pazienti in 58 centri sparsi in tutta l’Italia. I dati mostrano prevalenza di pazienti di sesso femminile età media 70 anni con un alta commorbidità di ipertensione arteriosa (63.2%) e con ulcere a prevalenza venosa o mista arteriosa- venosa (circa l’80% in totale).

Per quanto riguarda il sesso , il rapporto è paritario fino ai 40 annni
Tra i 40 e i 65 anni il rapporto è di 3:1 per le femmine e diventa di 8:1 dopo gli 80 anni .

Monti 2000

ULCERE ARTI INFERIORI



EPIDEMIOLOGIA: ITALIA

•Ulcere venose= 1,2 % della popolazione più di 700.000 persone

•Decubiti= 1 % della popolazione circa 600.000 persone

•Piede diabetico: 0,5% della popolazione circa 300.000 pazienti

QUASI 2 MILIONI di ITALIANI

Nel 76%dei pazienti l' ulcera ha una durata di almeno un anno Nielsen et al

1 miliardo di euro all'anno

Healing of Skin Wounds and the Influence of Dressings on the Repair Process

G D Winter
Department of Biomedical Engineering, Institute of Orthopaedics (University of London), Royal National Orthopaedic Hospital, Stanmore, Middlesex

The surgical dressing is a therapeutic agent; its purpose the provision of the best possible environment for the healing of wounded skin. Historically dressings have been introduced and improved largely on an empirical basis. The purpose of this paper is to examine how far recent knowledge of cutaneous wound healing and data from experiments with dressings can help to solve some of the problems in the development, standardisation and use of dressings.

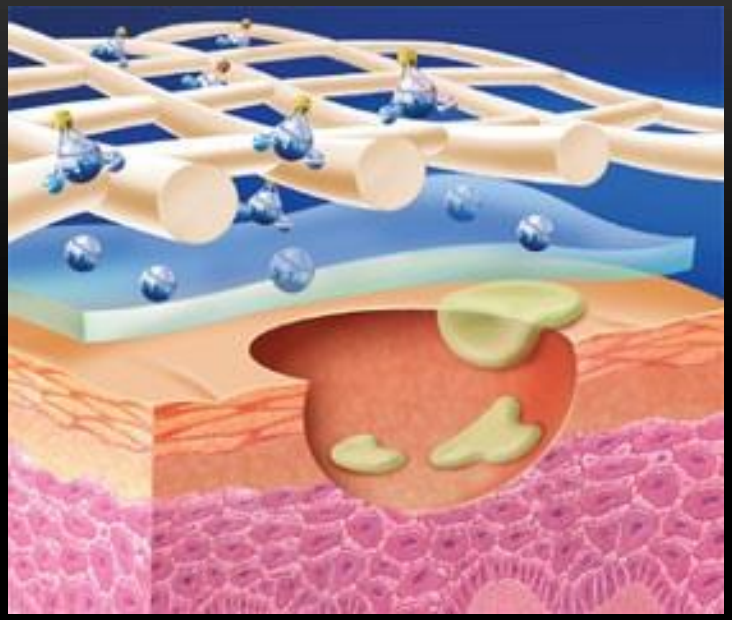
NORMAL PATTERN OF HEALING

Firstly, it should be noted that wound healing, like other bodily functions, has been subjected to biological evolution and has become modified to suit the needs of species with different integuments and different habitats. Man has inherited and adapted a pattern of repair suited to his own peculiar skin and dressings have played no part in this. Surgical dressings are not found in nature. Wounds under dressings heal in artificial conditions and this is important when drawing conclusions about the effect of dressings on healing.

Wounds vary enormously, depending on the site of the body, severity of injury, type of agency inflicting the damage, degree of contamination with dirt or micro-organisms and other things. For the purpose of study, to reduce complications to a minimum, we use a standard shallow wound in the skin of young domestic pigs made with a sharp scalpel blade, taking full aseptic precautions. This is roughly the same degree of injury as a graze and is similar to a Thiersch graft donor site. Potentially, the most serious consequences follow from the loss of epidermal layer of the surface of the skin and the protection it affords the underlying tissue. Water vapour can escape and the tissue beneath becomes dehydrated, dirt can get in and bacteria can invade the deeper tissues through the breach in the outer barrier. The ideal dressing will temporarily perform the protective functions of the epidermis, while the living layer is being replaced.

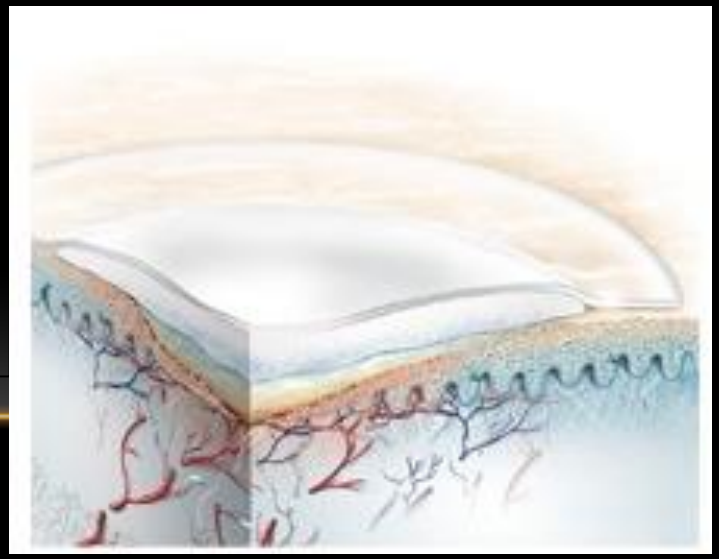
Any wound penetrating the epidermis into the underlying tissues disrupts blood vessels and causes bleeding, which is efficiently dealt with by the biochemically complex blood clotting mechanism. Dressings have to be absorbent enough to contain the blood loss without 'strike through', meaning that the blood should not penetrate to the upper surface of the dressing and create a moist passageway down which bacteria can proliferate to the tissues underneath. Contrary to common belief, it is not the blood clot which causes dressings to stick to wounds, nor does it play a significant part in healing. More important in these respects is the protein-rich filtrate of blood, which begins to escape from venules within minutes of the injury and later percolates through the walls of capillaries also. Abnormal vascular permeability is mediated by a number of substances released by injured tissues, among them bradykinin and histamine, and the flow of a serous exudate into the tissues is one of the first events in the inflammatory reaction. The exudate causes the tissues to swell and it oozes on to the surface of the wound, where it gradually dries to produce a serous scab. This is nature's dressing which temporarily performs some of the functions of the epidermis. It is not water vapour proof, as one can easily demonstrate by holding a cooled glass slide over a scab when it will rapidly cloud over with condensed water passing through the scab. It does, however, protect the wound surface underneath from contamination and shelters the cells which shortly start to replace the lost tissue.

Another event in the inflammatory reaction is the movement of granular leukocytes out of the blood stream through the vessel walls into the surrounding tissues. The polymorphonuclear cells, joined later by mononuclear cells, mop up micro-organisms that have gained access to the wound and clear away dead cells and damaged tissue fibres. This 'demolition phase' takes place in the first 24 hours after injury and varies in intensity in proportion to the amount of trauma and of contamination of the wound.

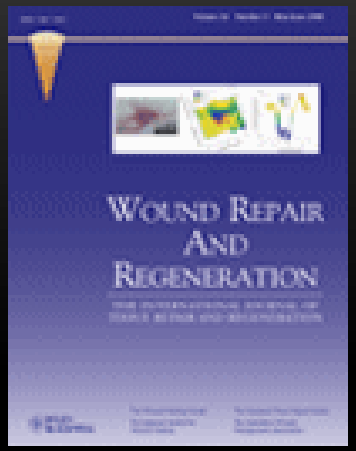


L'idea della guarigione in ambiente umido è nata nel 1962 quando George D. Winter scoprì che la cicatrizzazione, ovvero il processo di chiusura della ferita, potrebbe avvenire velocemente in un ambiente umido rispetto che sotto una crosta.

Formation of the scab and the rate of epithelisation of superficial wounds in the skin of the young domestic pig (Nature 193:293 1962)



WOUND REPAIR AND REGENERATION
THE INTERNATIONAL JOURNAL OF TISSUE REPAIR AND REGENERATION



Wound bed preparation: a systematic approach to wound management

Gregory S. Schultz PhD[1,†], R. Gary Sibbald MD[2,†], Vincent Falanga MD[3,†], Elizabeth A. Ayello PhD[4], Caroline Dowsett[5], Keith Harding MB, ChB[6], Marco Romanelli MD, PhD[7], Michael C. Stacey DS[8], Luc Teot MD,PhD[9] and Wolfgang Vanscheidt MD[10] *Article first published online: 26 MAR 2003*
DOI: 10.1046/j.1524-475X.11.s2.1.x

Wound Repair and Regeneration
Volume 11, Issue Supplement s1, **pages S1–S28**,

March 2003

TIME Wound Bed

Pr

T I M E

Tissue management

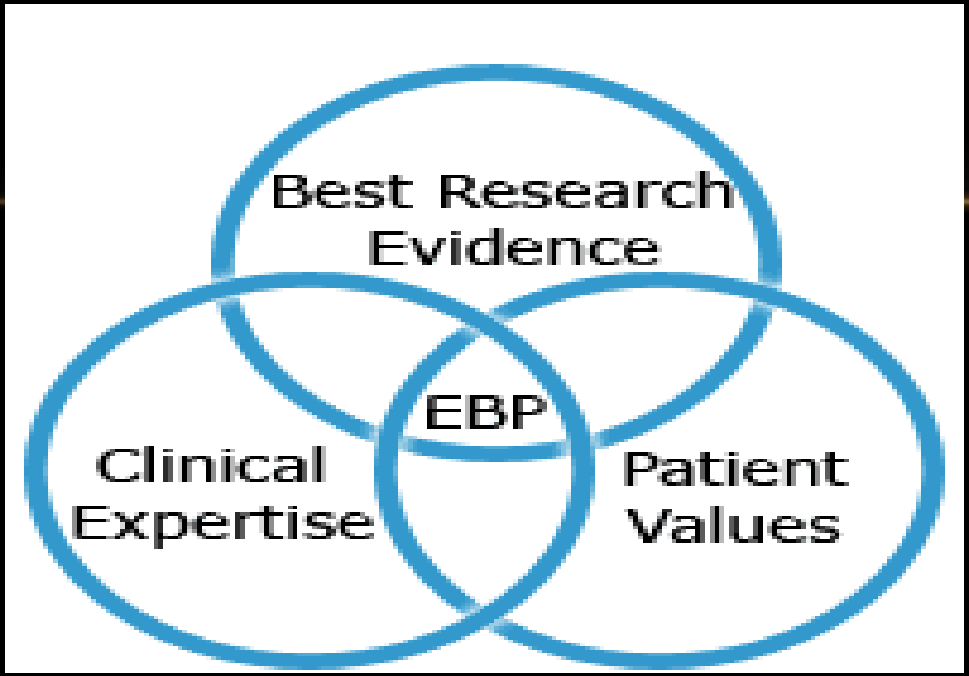
Inflammation and infection control

Moisture balance

Epithelial (edge) advancement

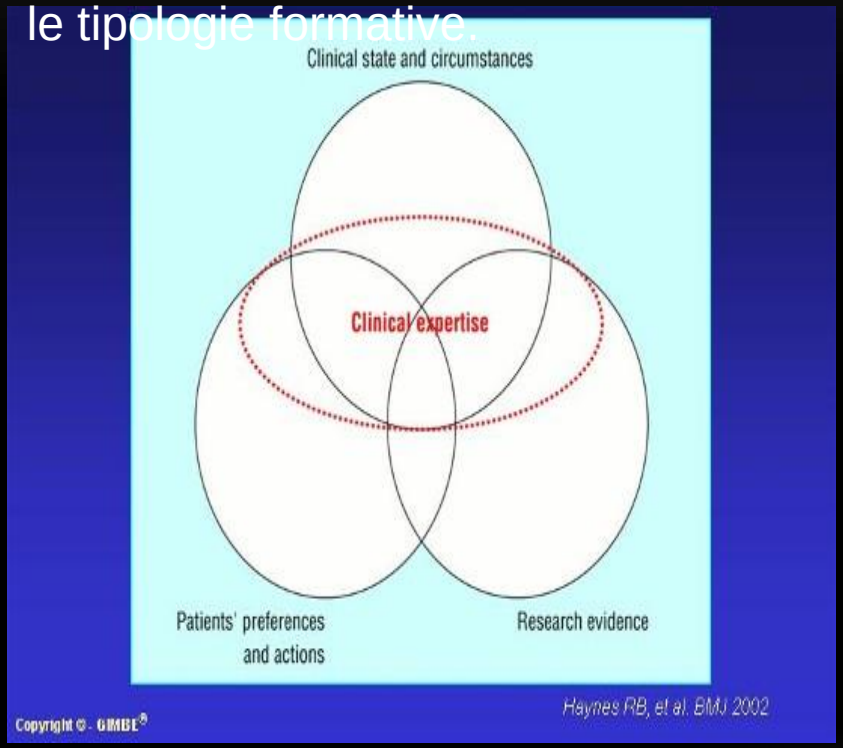
EBP = EVIDENCE BASED PRACTICE

Il processo per mezzo del quale i professionisti della salute assumono le decisioni cliniche utilizzando le migliori ricerche disponibili, la loro esperienza clinica e le preferenze del paziente, in un contesto di risorse disponibili.



(adattato da DiCenso A, Cullum N, Ciliska D. Implementing evidence based nursing: some misconceptions. Evidence Based Nursing 1998; 1:38-40).

GIMBE Education è il piano formativo della Fondazione GIMBE, provider accreditato dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina per tutte le professioni sanitarie e per tutte le tipologie formative.

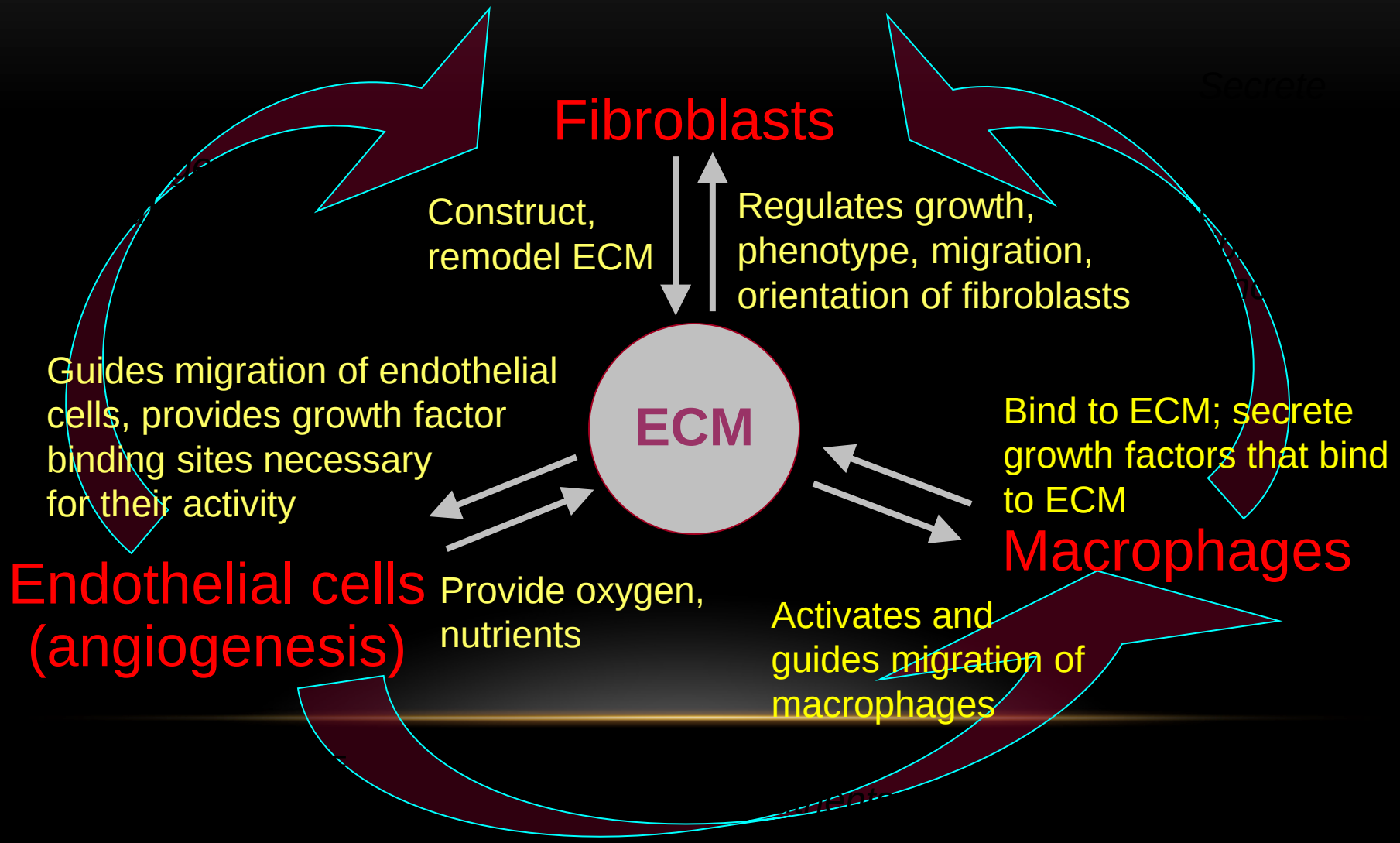


Ma come rammenta il GIMBE, comunque il contesto clinico-assistenziale è una determinante non trascurabile delle decisioni clinico-assistenziali.

Anzi… loro stessi rammentano che «**l'esperienza professionale costituisce l'unico elemento** che può integrare in maniera equilibrata le evidenze scientifiche». *(GIMBE)*

Da qui nasce pertanto l'evidenza di essere (noi per primi) professionisti specialisti, che sappiano leggere il contesto, valutare le caratteristiche del paziente e delle sue morbilità e saperli tradurre in atti contestualizzati ma supportati dalla

DYNAMIC RECIPROCITY: CELL-ECM INTERACTIONS CHARACTERIZE WOUND HEALING



CHRONIC INFLAMMATION AND INFECTION

EDEMA,ECZEMA, HYPERPIGMENTATION,SKIN FRAIL AND THIN, PAIN, BLEEDING, ACRID SMELL, YELLOW, ABUNDANT EXUDATION

«Venous ulcers stop the inflammatory phase and diabetic ulcers do not go beyond the proliferative phase"

Classification for wound bed preparation and stimulation of chronic wounds.Falanga V. Wound Repair Regen 2000;8 : 347-52

"**Fibroblasts** taken from chronic ulcers show a reduced response to various growth factors and appear to be in a state of premature senescence"

Fibroblast senescence in pressure ulcers.Vande Berg JS et al.Wound Repair Regen 1998; 6:38-49

"**The germs** and their soluble factors (including proteases, in particular **metalloproteases**) **inhibit the growth factors in the wound**

The **bacterial biofilm** prevents the antibiotic to fight the infection

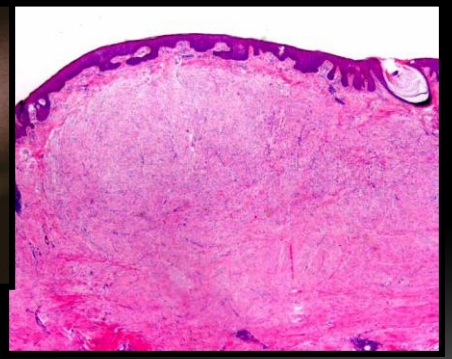
ligresti@iawc.it

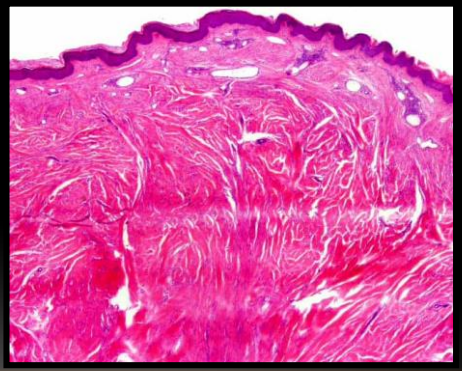
Chronic Ulcers

CICATRIZATION REMODELING

With the phase of the wound epithelization is externally closed, inside, instead, the work still dedicated to remodeling: through transforming growth factor β1 (TGF-β1) are converted fibroblasts into myofibroblasts. These must not be in number exuberant to avoid the formation of hypertrophic scars.

Prolong the inflammatory phase causes pathological scars Inability of dermal cells, particularly myofibroblasts to undergo timely apoptosis has been linked to wound healing pathologies, including the hypertrophic scar and keloid formation





fibrosis (scar) sclerosis (keloid)

ligresti@iawc.it

I CONCETTI INNOVATIVI NEL MANAGEMENT DELLE FERITE DIFFICILI

LIVELLI DI CURA-TELEMEDICINA

TEMPO DI GUARIGIONE - STRATEGIA

REGIA E SINERGISMO TERAPEUTICO

TERAPIE INNOVATIVE RIGENERAZIONE TESSUTALE

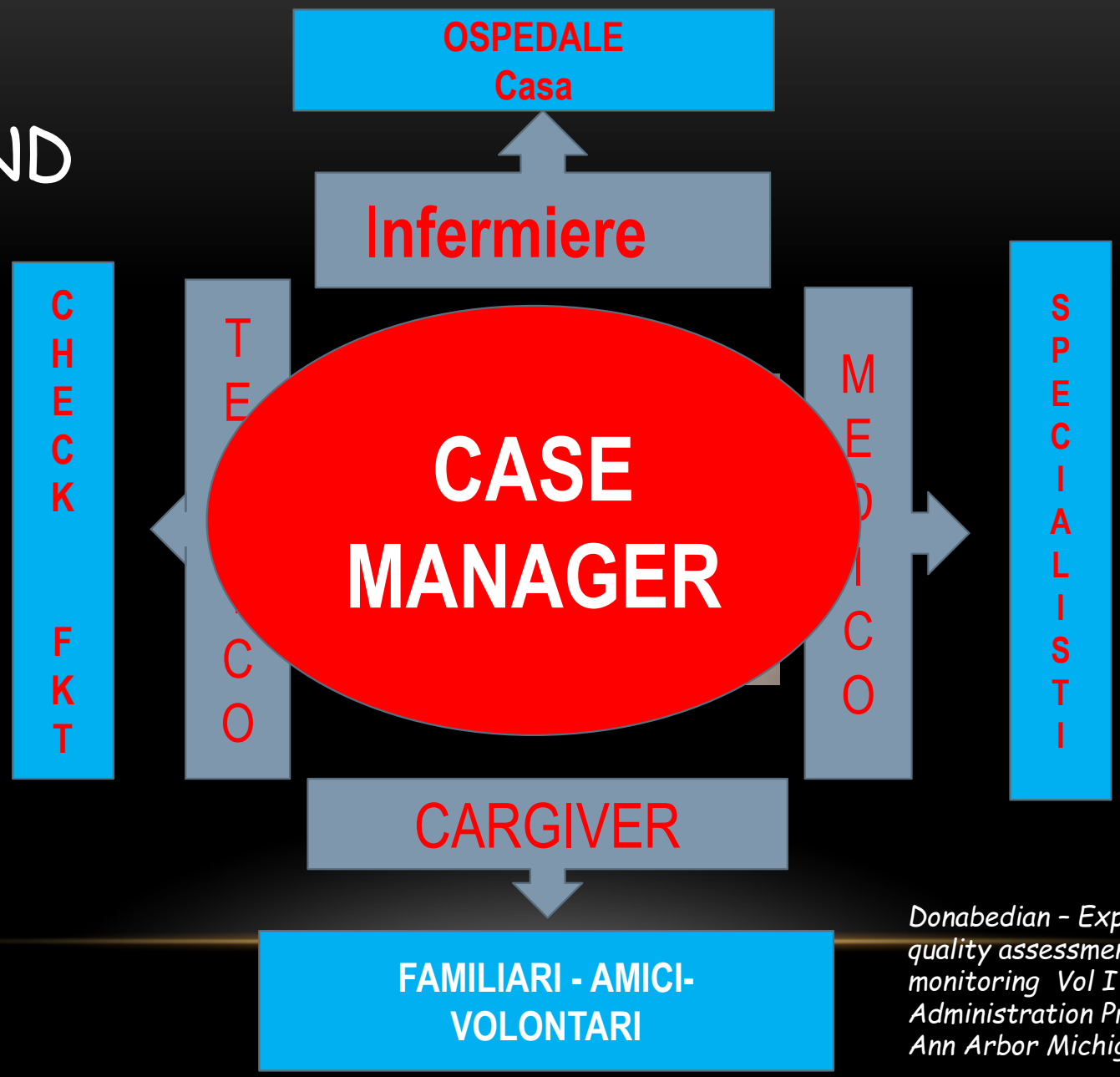
TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE

LA GESTIONE DELLE FERITE DIFFICILI NECESSITA DI UN APPROCCIO COMPLETO E MULTIDISCIPLINARE

Poiché alla base vi sono diversi moventi eziopatogenetici

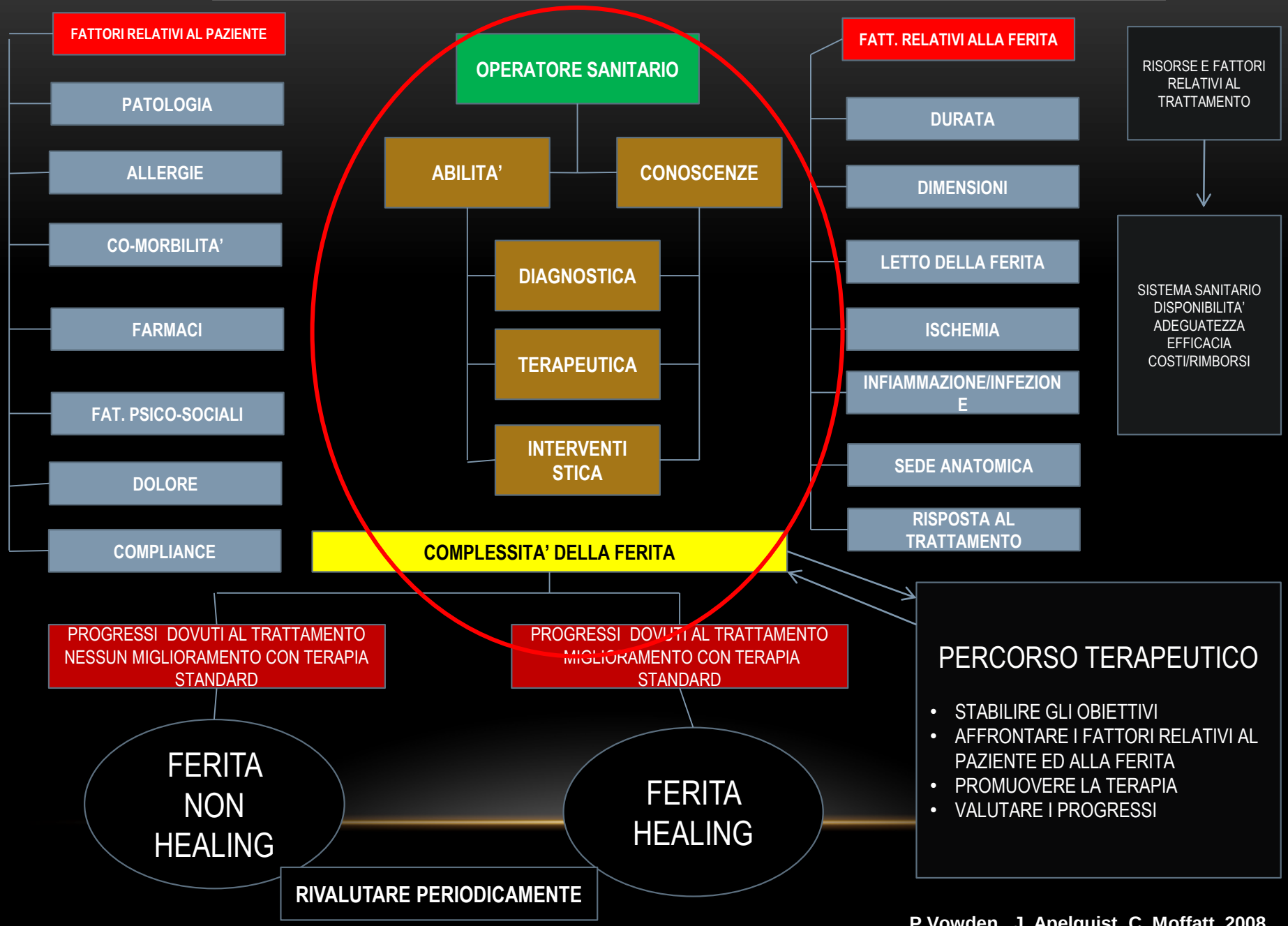
Ambulatorio specialistico FERITE DIFFICILI

WOUND MANAGEMENT



Donabedian – Explorations in quality assessment and monitoring Vol I Health Administration Press Ann Arbor Michigan

FERITE DI DIFFICILE GUARIGIONE APPROCCIO OLISTICO



P.Vowden , J. Apelquist, C. Moffatt 2008

Strutturare l'Educazione Avanzata Multidisciplinare in Wound Care

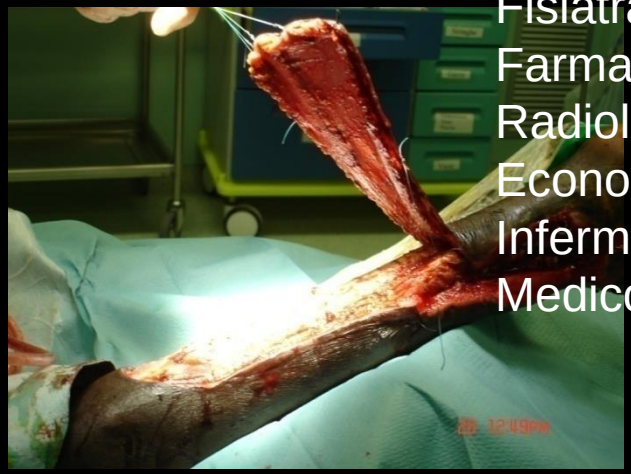
L'organizzazione educazionale del management per la cura delle ferite difficili è la più grande sfida presente nel campo della guarigione delle ferite. Il modo ottimale per curare le ferite non healing si basa su un **concetto multidisciplinare** che è stato utilizzato nei Centri Specialistici accreditati , dove sono generalmente effettuati studi di efficacia con investigatori già esperti nel settore e ciò probabilmente determina anche un'efficacia ottimale del prodotto investigato.

L'approccio multidisciplinare alla cura del paziente, si è concentrato sulla formazione e il coordinamento del paziente, della famiglia , dello staff medico e di altre figure di sostegno , sanitarie e non.

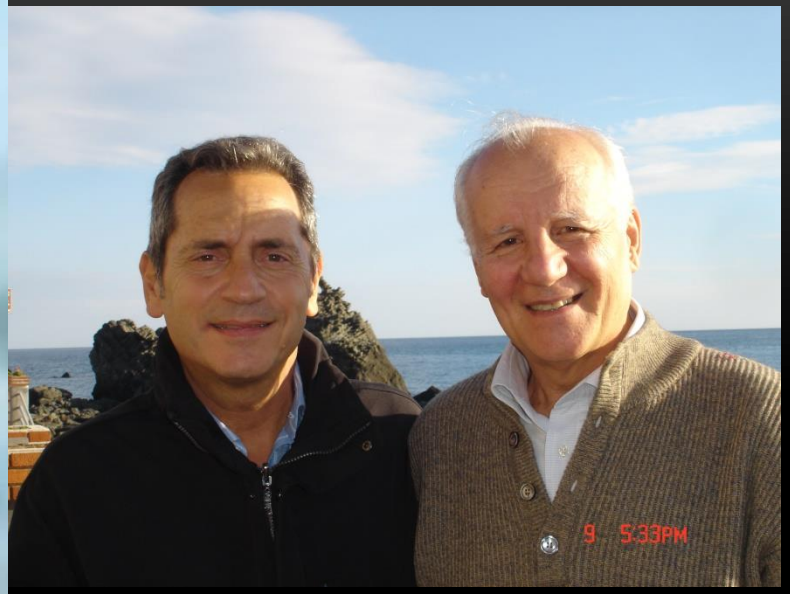
Attualmente EWMA e WUHWS hanno prodotto gruppi di studio

Gottrup F. Optimizing wound treatment through health care structuring and professional educationWound Repair Regen 2004;12(2):129–33.

Medico Amb.
Medico R.
Infermiere R.
Ortopedico
Chirurgo Plastico
Anestesista
Fisiatra
Farmacista
Radiologo
Economo
Infermiere T.
Medico di MG



Da dove siamo partiti ?



co.r.te.

4° WOUND CARE MEETING
- Asti -
Face to face con gli esperti
Corso teorico-pratico in Wound Care
28 – 29- 30 Ottobre 2010

co.r.te.
Conferenza Italiana per lo Studio e la Ricerca sulle Ulcere, Piaghe, Ferite e la Riparazione Tessutale

Congresso Interannuale CORTE – Bologna 2011

Come eravamo nel 2011

IAWC !
IAWC !
IAWC !

UNIASTISS

POLO UNIVERSITARIO DI ASTI

Anno - 2011

IAWC Italian Academy Wound Care

CORTE - Roma 2012

Asti città d'arte e di cultura

www.iawc.it

UNI-ASTISS
www.uni-astiss.it

ASTI
Polo Universitario
Studi Superiori

Crediti ECM - Numero Chiuso

IAWC

Italian Academy Wound Care

Direttore: Prof. Claudio Ligresti
www.iawc.it

Master non univ

in management di diagnosi e cura delle ferite difficili e delle ulcere cutanee

per Medici , Farmacisti , Infermieri , OSS, Dirigenti ASL

Management teorico-pratico

Interazione Wound Technology, Work-shop - Stage Centri Clinici

Segreteria Organizzativa : infoequipeservice@libero.it

VII° Edizione- Anno Accademico 2017-2018

18-19-20 ottobre - 24-25 novembre 2017

21 ottobre 2017 Masterclass Ulcere infiammatorie

Patrocinato da:

IPASVI

SITO WEB

www.iawc.it

Studenti iscritti dal 2011 al 2016	Studenti diplomati con ICWS	Ore di lezione teorica	Ore di lezione pratica	Ore di stage
170	154	204	80	90

Master con materie di studio di tipo multisciplinare

Attività

ricerca, innovazione tecnologica, clinica e cura delle lesioni cutanee acute e croniche, aspetti medico legali ed organizzativi, promozione sociale .

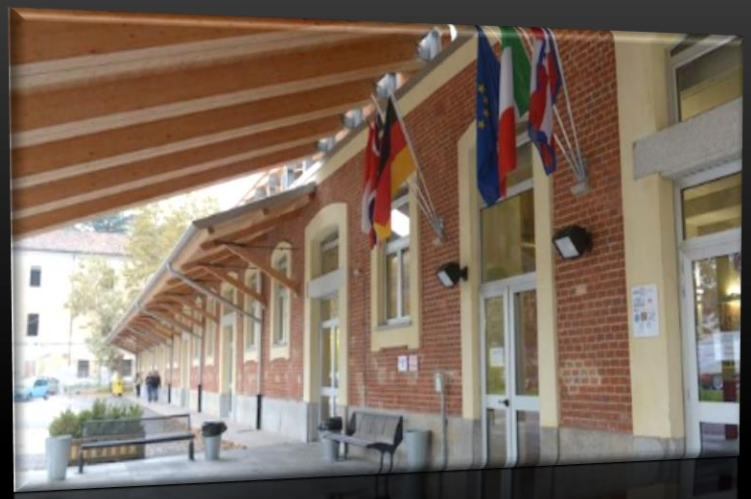
Perché scegliere IAWC?

Molto di più di un semplice titolo

Diploma di Master ICWS Italian Certifified Wound Specialist (Physician / Nurse

Dura 1 anno e si articola in varie sessioni:

- **Ottobre (3 gg)e novembre (2 gg) ad Asti**
- **3 Stage in Centri Clinici di Eccellenza di 2 gg ciascuno**
- **Compilazione di una tesi**
- **Esame finale**



Sedi delle lezioni di IAWC

Asti Polo Universitario

Accreditato presso la Regione Piemonte

Sedi distaccate per Stage Obbligatori nei Centri Clinici

- *Scuola di Specializzazione in Chirurgia Plastica Policlinico Università di Padova*

- *Chirurgia Plastica-Casa di Cura S.Anna di Asti*

- *Centro di Cura per il Piede Diabetico*
- *Humanitas Gavazzeni Bergamo*
- *Città Studi Milano*

Svizzera
Ungheria
Slovenia
Croazia
Bosnia - Erzegovina
Jugoslavia
Jugoslavia
Austria
Francia
VALLE D'AOSTA
PIEMONTE
LOMBARDIA
TRENTINO-ALTO ADIGE
FRIULI-VENEZIA GIULIA
VENETO
LIGURIA
EMILIA-ROMAGNA
TOSCANA
MARCHE
UMBRIA
LAZIO
ABRUZZO
MOLISE
CAMPANIA
PUGLIA
BASILICATA
CALABRIA
SARDEGNA
Sardegna
Corsica
MAR LIGURE
MAR TIRRENO
MAR ADRIATICO
Vaticano
ROMA
NAPOLI

Studenti

Programma Multidisciplinare

In collaborazione con

- **Università Italiane e Straniere**
- **Società Scientifiche** (SICPRE- 2 iscrizioni gratuite , CORTE , AISLEC, SILAUHE ,)
- **Scuole di Specializzazione** (4 iscrizioni gratuite)
- **Ospedali Pubblici e Privati** (GVM, Humanitas, Multimedica,)
- **Associazioni Infermieristiche** (IPASVI , Asso-Care)

Actis M.Vittora
Aloj Domenico
Amerio M.
Bassetto
Battist
Belli
Be
B
F
D
Fa
Frau
Gallo
Giannin
Giudice G

Bartolo
anlio
nico

Università Italiane di

Torino
Milano
Bologna
Padova
Trieste
Genova
Roma
Bari
Messina
Catania
Foggia
Catanzaro

Università Estere di

Alicante-Logrono (Spagna)
Lugano-Zurigo-Ginevra (Svizzera)
Montpelier (Francia)
Graz (Austria)
Boston -Chicago(USA)
Ryad (Arabia Saudita)
Kathmandu (Nepal)

TOPICS

- *Piede Diabetico*
- *Ulcere vascolari*
- *Ulcere da pressione*
- *Ulcere infiammatorie*
- *Bendaggi*
- *Medicazioni*
- *Medicina rigenerativa*
- *Ustioni*
- *Tecnologie avanzate*
- *Ferite difficili*
- *Suture*

STADIAZIONE

TIPOLOGIA DELL'ULCERA «TIME»

GRANDEZZA DELL'ULCERA VOLUME

DOLORE

CONDIZIONI GENERALI

GRAVITA' DELLA LESIONE **IG**

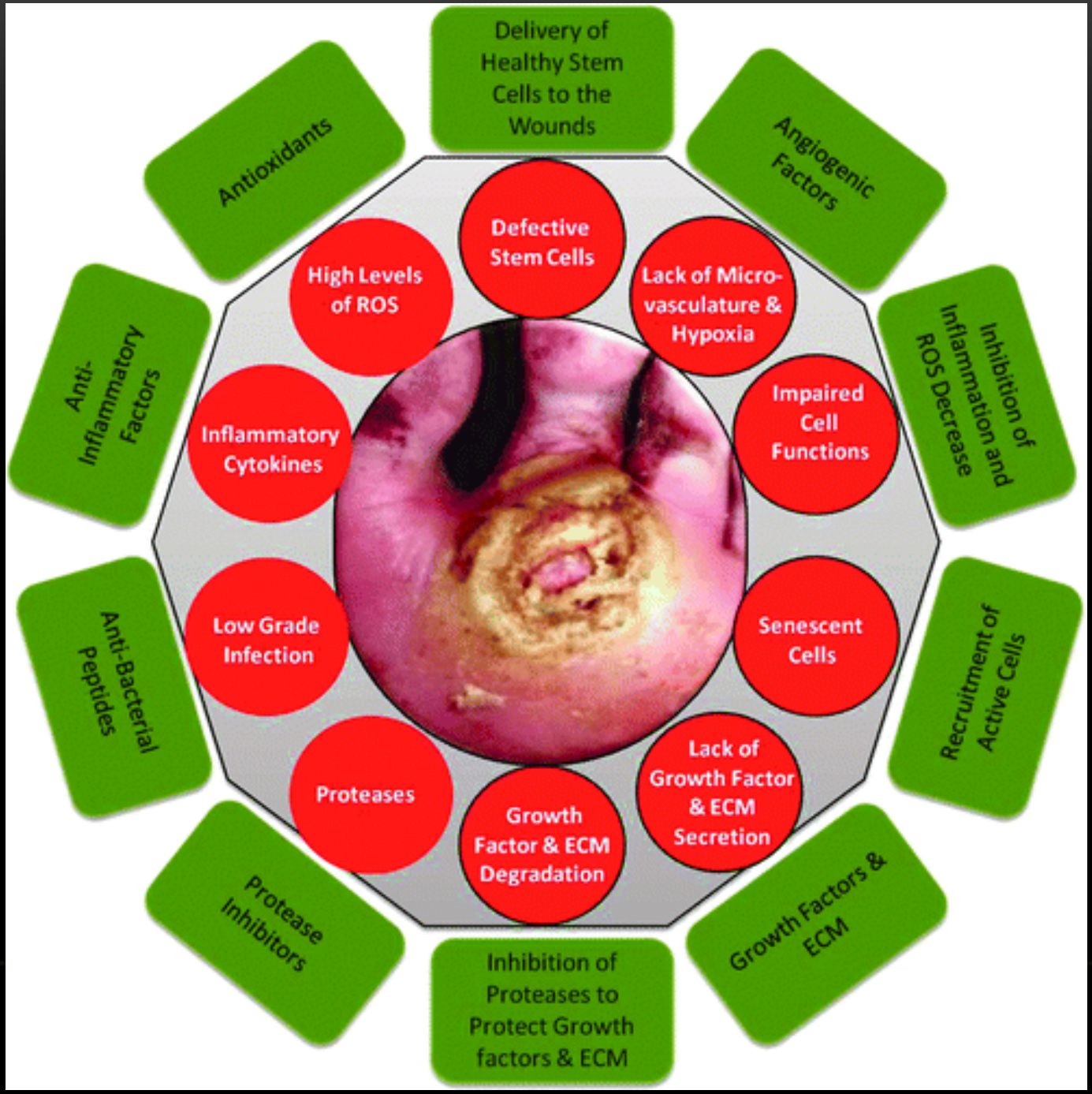
STILE DI VITA

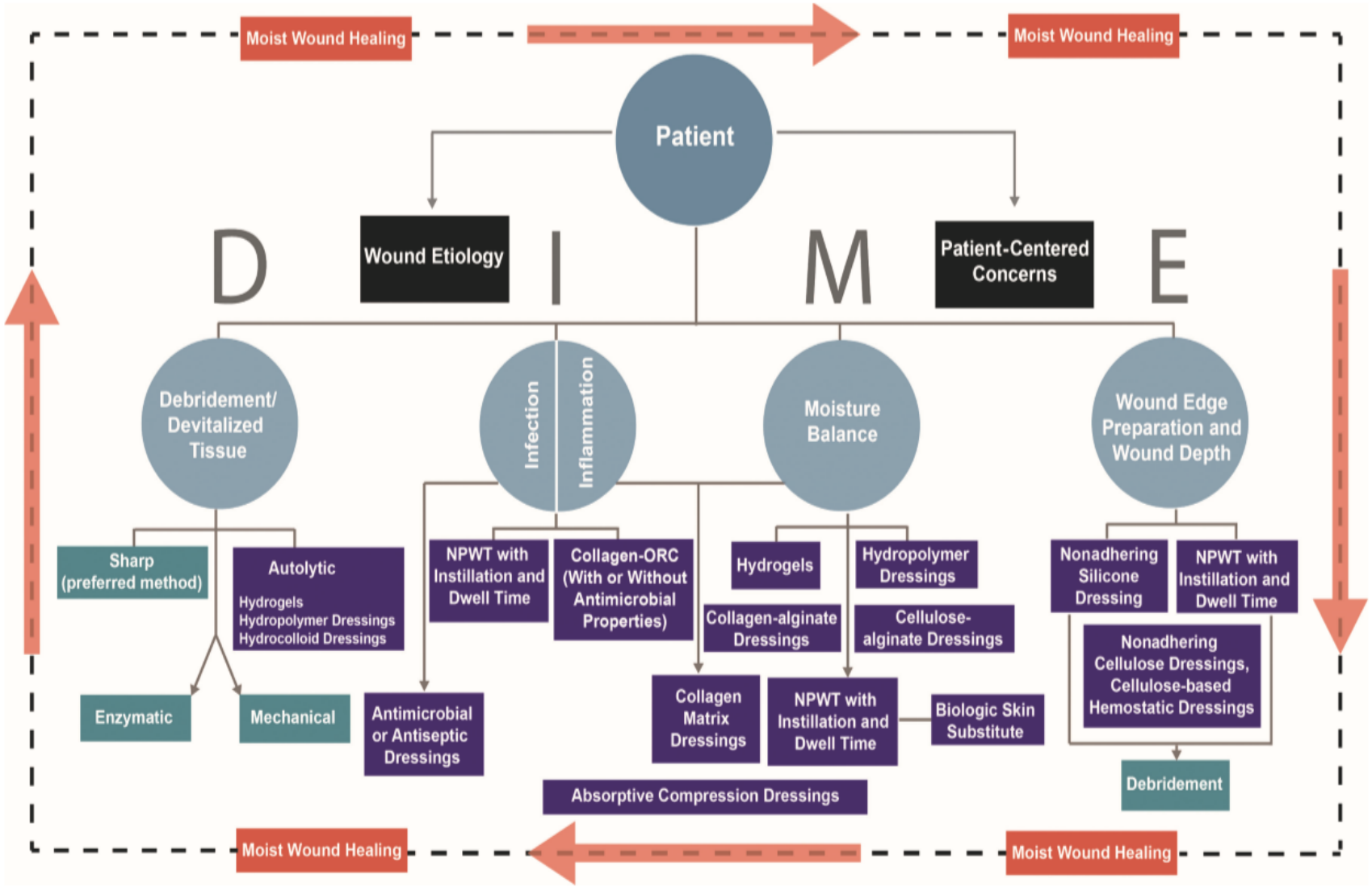
CONDIZIONI AMBIENTALI

The strategy

To transform a complex septic wound into a cleansed and sanitized wound

To transform an ulcer into a wound

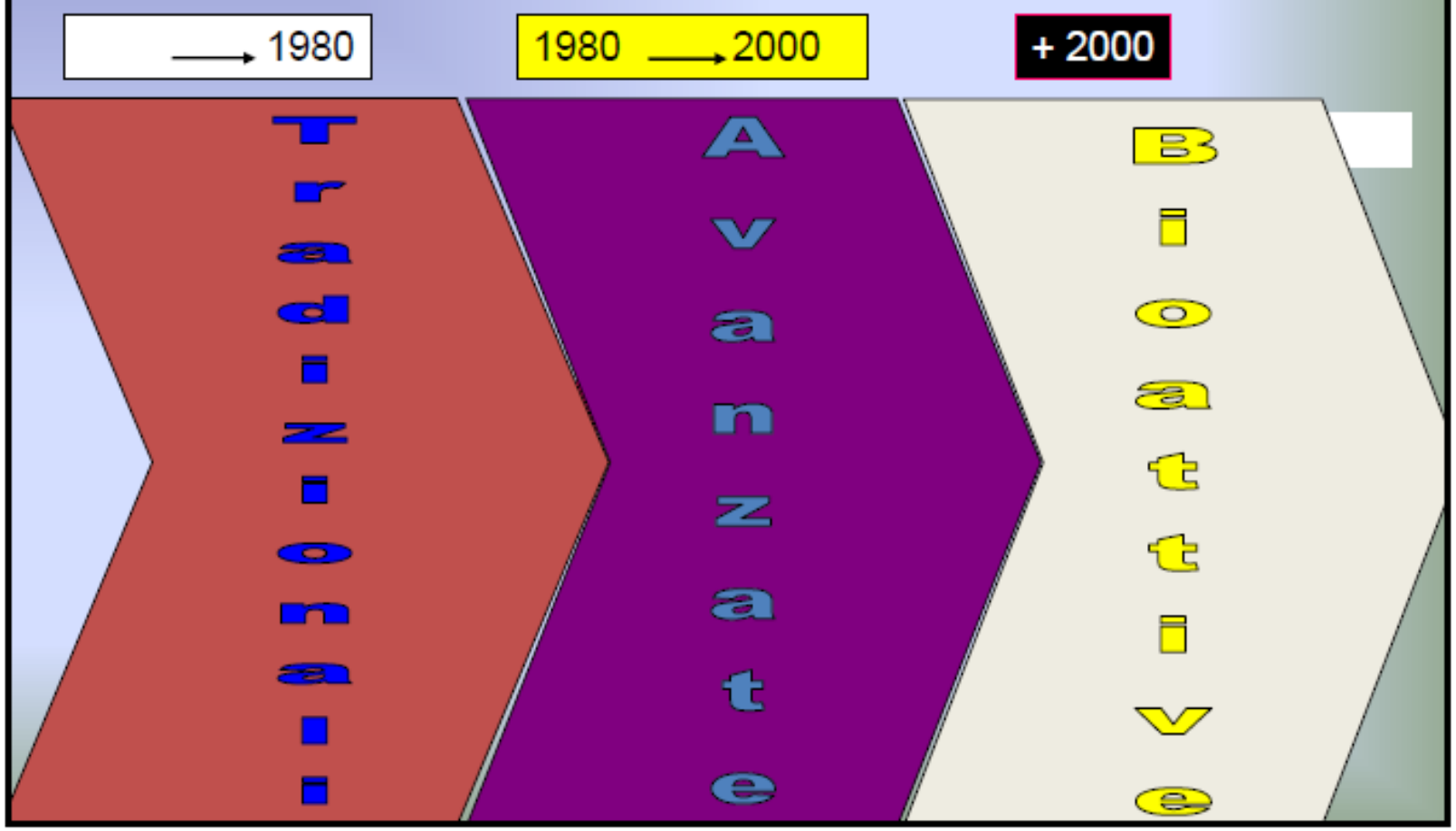

Delivery of Healthy Stem Cells to the Wounds
Antioxidants
Angiogenic Factors
Anti-Inflammatory Factors
Inhibition of Inflammation and ROS Decrease
Anti-Bacterial Peptides
Recruitment of Active Cells
Protease Inhibitors
Growth Factors & ECM
Inhibition of Proteases to Protect Growth factors & ECM
Defective Stem Cells
High Levels of ROS
Lack of Micro-vasculature & Hypoxia
Inflammatory Cytokines
Impaired Cell Functions
Low Grade Infection
Senescent Cells
Proteases
Growth Factor & ECM Degradation
Lack of Growth Factor & ECM Secretion



Abbreviations: NPWT, negative-pressure wound therapy; ORC, oxidized regenerated cellulose.

MEDICAZIONI AVANZATE-BIOATTIVE

Evoluzione nei materiali da medicazione



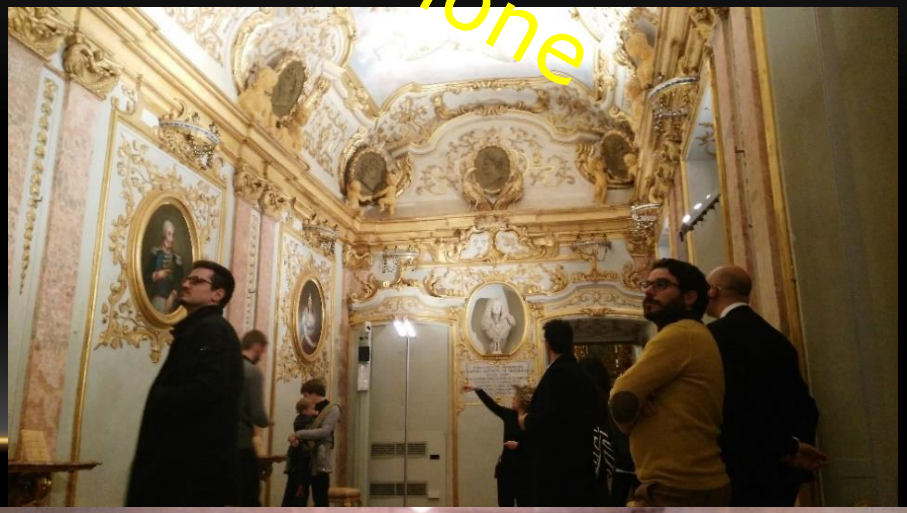
- La medicazione **NON** è **LA** terapia, ma **UNA** delle terapie
- È indispensabile valutare in modo costante l'evoluzione
- Definire obiettivi raggiungibili
- Aspetti controversi

LE NOSTRE LEZIONI

video

IAWC

Cultura e condivisione



e……dopo il Master ?

Dicono di IAWC…

Con IAWC PUOI

Diventare Tutor!

Partecipare al corso ADVANCED!

CENTRI DI ECCELLENZA

Attività Multidisciplinare

Attività Singola

Pubblica -Privata

Unità di Riparazione Tessutale

Piede Diabetico

Chirurgia Vascolare

Chirurgia Plastica

Dermatologia

Ambulatori Territoriali

1

2

3

Livello

LIVELI DI CURA IN VULNOLOGIA

1 L

Pazien

Interver

Sv
ope

LO

nplessità

ondito e cura

nee
medio,
olli
odologi,

nentali

ortopedico, ... ettivologo….)
Strutture sanitarie attrezzate
Diagnostica -Emodinamica - Sala operatoria

RUOLO DELLA CHIRURGIA PLASTICA
VHS
CHIRURGIA RIGENERATIVA

Emocomponenti ad uso topico
Lipostruttura
Matrici dermiche
Impianti allodermici
Innesti cutanei - Lembi

CASA di CURA SANT'ANNA

IL PENSIERO DEL MOVIMENTO

RIEDUCAZIONE e RIABILITAZIONE FUNZIONALE ASTI

Ambulatorio di Chirurgia Plastica

«specializzato nella cura delle ulcere cutanee»

FERITE DIFFICILI
ULCERE CUTANEE

Debridement Ultrasuoni, Biopsie, Bendaggi, Pressione Negativa , Laserterapia, Carbossiterapia, Terapia Biofotonica , Ossigenoterapia, Valutazione vascolare , ortopedica, dermatologica, fisioterapica, internistica diabetologica , podologica, reumatologica, antalgica

Ricoveri in convenzione con il SSN

Maria Pia Hospital GVM Torino

Centro di Riferimento per la cura delle ferite difficili ed ulcere cutanee

I.C.L.A.S. Istituto Clinico Ligure Alta Specializzazione Rapallo

SERVIZIO MEDICO-INFERMIERISTICO REPERIBILE H 24

Non più lunghe attese : ***visite – accertamenti diagnostici e ricoveri in tempi brevi ed in strutture sicure e di alto livello qualitativo***

CASA di CURA SANT'ANNA

GVM CARE & RESEARCH

Community – Pagina introduttiva

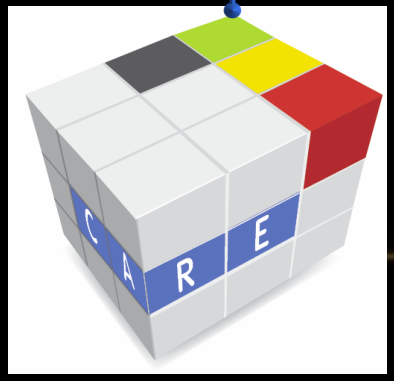
TELEMEDICINA

WHATSAPP

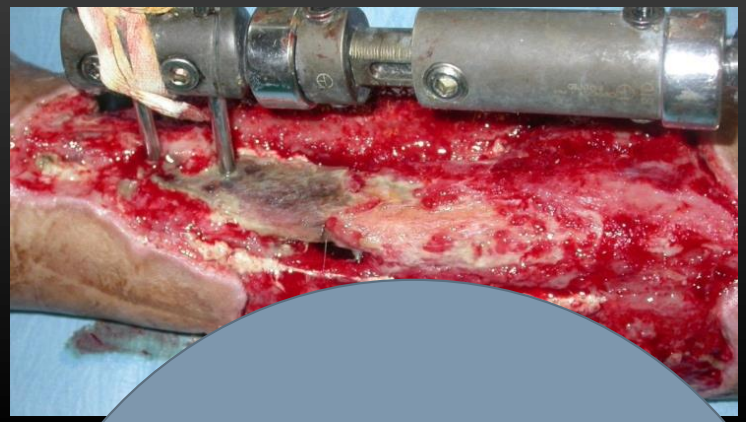
TEMPO DI GUARIGIONE - STRATEGIA

TIMECARE™

Il TEMPO di guarigione diventa un punto di riferimento per la cura delle lesioni



Il tempo di guarigione che vogliamo utilizzare per curare una ferita può indurre le scelte terapeutiche, selezionate in rapporto alla loro efficacia



INFERMIERI
MEDICI DI FAMIGLIA
PRONTO SOCCORSO
ORTOPEDICI
CHIRURGHI VASCOLARI
CHIRURGHI PLASTICI
FISIATRI
FISIOTERAPISTI
ANESTESISTI
INFETTIVOLOGI

Problematiche **Ferita profonda, deficit vascolare, pds tessuti molli, frattura della tibia con presenza di fissatori esterni**

COSA HANNO IN COMUNE ?

Ipertensione venosa

Segno clinico	Patogenesi
Dermatite ocra: colorazione brunastra	Stravaso di emosiderina
Secchezza cutanea e desquamazione	Ipossia a livello del microcircolo
Papillomatosi: piccoli ispessimenti cutanei + vescicole,iperemia	Insufficienza venosa e linfatica
Atrofia bianca	Microtrombosi dei capillari nutritizi
Lipodermatosclerosi: cute sclerosi, panniculite,. Acuta o cronica	Ipertensione ⟹ > permeabilità deposito di leucociti nell'endotelio Enzimi (metalloproteasi) TGF ⟹ fibroblasti collagene

Dowset C. 2005

AFTER
20 DAYS

AFTER
70 DAYS

In conclusione :

per un moderno approccio al management di cura delle ferite difficili occorre:

- *Valutazione olistica del paziente*
- *Conoscenza ed esperienza tecnica in W.Care*
- *Approccio multidisciplinare in Centri di Eccellenza*
- *Utilizzo del corretto livello di cura - Tecnologie*
- *Car manager che consideri tempi e costi di gestione*
- *Integrazione ospedale –territorio*
- *Scuole di eccellenza in wound care*

Il **tempo di guarigione** che vogliamo utilizzare per curare una ferita **può indurre le scelte terapeutiche** , selezionate in rapporto alla loro efficacia , ottenendo sempre **Riduzione dei costi e miglior qualità della vita**

c.r.te.
Conferenza italiana per lo Studio e la Ricerca sulle Ulcere, Piaghe, Ferite e la Riparazione Tessutale

SILAUHE
Sociedad Iberolatinoamericana Úlceras y Heridas

VII° CONGRESSO NAZIONALE C.O.R.T.E.

Conferenza per la riparazione tessutale

XI° CONGRESO ANUAL SILAUHE

SOCIEDAD IBERO-LATINO-AMERICANA ULCERAS Y HERIDAS

Presidente : Prof. Nicolò Scuderi

Coordinatore Scientifico Prof. Claudio Ligresti
ligresti.uniastissiawc@gmail.com

14-16 Novembre 2018

Rome - Ergife Palace Hotel

SCIENTIFIC SECRETARIAT corte2018@thetriumph.com

Asti città d'arte e di cultura

ISCRIZIONE AL VII ANNO ACCADEMICO DI IAWC

Termine ultimo 5 ottobre 2017

infoequipeservice@libero.it

www.iawc.it

6° MASTERCLASS

Teorico-Pratico

Ulcere infiammatorie 21 ottobre 2017

Grazie per l'attenzione

I A W C

Italian Academy Wound Care

Direttore : Claudio Ligresti

www.iawc.it

UNI-ASTISS

www.uni-astiss.it