

m infermiere oggi

sped. abb. postale 45% Art2 - comma 20/b - Legge 662/96 - Roma



periodico di idee, informazione e cultura del Collegio Ipasvi di Roma gennaio - marzo 2003

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma

Direzione - Redazione - Amministrazione
Via Principe Eugenio, 90 - 00185 ROMA
Tel. 70475269 - Fax 70451214

DIRETTORE RESPONSABILE
Gennaro Rocco

SEGRETERIA DI REDAZIONE
Nicola Barbatto, Stefano Casciato, Mario Esposito,
Matilde Napolano, Carlo Turci

COMITATO DI REDAZIONE
Bertilla Cipolloni, Rodolfo Cotichini, Maurizio Fiorda, Maria
Grazia Montalbano, Maria Vittoria Pepe, Francesca
Premoselli, Maria Grazia Proietti, Ausilia M.L. Pulimeno,
Emanuela Tiozzo, Marco Tosini.

Rivista trimestrale aprile/giugno 2002
Spediz. in abbon. postale - 45% - Art. 2, comma 20/b,
legge n. 6621/1996 - Filiale di Roma.
Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 90
del 09/02/1990

FOTO: MARIO ESPOSITO

EDITORE: GEMMAGRAF
STAMPA: GEMMAGRAF
00193 Roma - Lungotevere Prati, 16
Tel. 06 687.98.67 - Fax 06 687.52.70
e-mail: gemmagraf@uni.net



Finito di stampare: Dicembre 2002

Tiratura: 23.000 copie

"Infermiere Oggi" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'Autore o degli Autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli Direttivi.

Quando il contenuto esprime o può coinvolgere la responsabilità di un Ente, o quando gli Autori parlano a suo nome, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi responsabili.

Il testo deve essere il più conciso possibile, compatibilmente con la chiarezza di esposizione. Le bozze verranno corrette in redazione. I lavori non richiesti e non pubblicati non verranno restituiti.

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti gli Autori citati nel testo. Le citazioni da periodici devono comprendere: il cognome e l'iniziale del nome dell'Autore o dei primi due Autori, nel caso di più di due Autori, verrà indicato il nome del primo, seguito da "et al"; il titolo originale dell'articolo, il titolo del periodico; l'anno di pubblicazione, il numero del volume, il numero della pagina iniziale.

Le citazioni di libri comprendono: il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del libro (eventualmente il numero del volume e della pagina, se la citazione si riferisce ad un passo particolare), l'editore, il luogo e l'anno di pubblicazione. Gli Autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.

Tutto il materiale deve essere spedito o recapitato al Collegio IPASVI di Roma, Via Principe Eugenio, 90-00185 Roma.

Rubriche

- 1 EDITORIALE
Malasanità: siamo tutti in trincea
di Gennaro Rocco
- 3 Soccorso e primo intervento
al politraumatizzato
di Cristian Vender
- 9 L'infermiere e la diagnostica
per immagini
di Marco Romani
- 16 Valutazione gestione
dell'incontinenza urinaria
nell'anziano
di Mauro Morroto
- 22 Relazione del Presidente all'Assemblea degli iscritti
2003
di Gennaro Rocco
- 40 Il sapere infermieristico in una prospettiva interna-
zionale.
2ª Conferenza
- 42 ESPERIENZE A CONFRONTO
Adattamento inefficace del
paziente ricoverato in terapia
intensiva post-chirurgica
di Claudio Carola e Giorgia Allegretti
- 44 ATTUALITÀ
Ogni promessa è un debito
di Giuliana Leacche e Umberto Tulli
- 45 Cronaca del viaggio di studio
nei Paesi Scandinavi con
il collegio IPASVI di Roma
di Laura Sabatini e Alessandro Stievano
- 51 L'angolo dei media
- 53 L'infermiere mediato
dalla stampa: dal problema
alle prospettive
- 56 L'AVVOCATO DICE
Obiezione di coscienza
e pratiche abortive
- 58 In linea diretta con il Presidente
- 59 Gli infermieri per la Pace
- 60 Giornata Internazionale dell'Infermiere
- 61 Infermieri in rete
- 62 Race for cure

Soccorso e primo intervento al politraumatizzato

di Cristian Vender

LA GESTIONE DELLE URGENZE E DELLE EMERGENZE

La nascita dei Dipartimenti Emergenza Accettazione e la determinazione degli standard assistenziali da erogare in emergenza con il DPR 27/3/1992 hanno sicuramente cambiato il modo di gestire le problematiche delle persone che affluiscono nei pronto soccorsi. Oggi i pronti soccorsi che si trovano all'interno dei DEA, devono essere in grado di offrire ad un'utenza sempre più esigente, un servizio tempestivo e affidabile utilizzando metodologie scientifiche, informatizzate in modo da dare risposte chiare, esaurienti in tempi decisamente brevi.

Già nel lontano 1968 veniva definito dipartimento un insieme di strutture, attrezzature, personale organizzati in comune con lo scopo di elevare i livelli assistenziali allo scopo di realizzare l'obiettivo nel modo più efficiente possibile. Le regioni hanno il compito di determinare i livelli di assistenza in emergenza e l'organizzazione di tutto il sistema dell'emergenza sanitaria : 118 e Pronti soccorsi (DEA). Nel settembre 1995 le linee guida conferenza Stato-Regioni individuano i criteri di omogeneità per garantire i principi contenuti nel DPR 3/92 in particolare modo: la formazione del personale, l'organizzazione delle maxiemergenze e i servizi di P.S. e DEA.

Per l'Infermiere Professionale, queste innovazioni insieme all'abolizione del

mansionario e alla formazione in università, hanno portato ad una riqualificazione di questa figura professionale: il triage affidato agli infermieri è il risultato della crescita professionale avvenuta in questi ultimi tempi.

EPIDEMIOLOGIA E CLASSIFICAZIONE DEI TRAUMI

All'interno dei Pronti Soccorsi affluiscono persone con modalità e problematiche differenti. E' necessario quindi stabilire una priorità nell'assistenza in modo da gestire in tempi rapidi pazienti in gravi condizioni o comunque con rischio di compromissione delle funzioni vitali e successivamente il resto dei pazienti distribuiti in una scala di priorità definita dall'Infermiere di triage.

I traumatizzati sono una buona percentuale di tutti gli accessi nei dipartimenti d'emergenza del nostro paese. Il possesso di mezzi privati che facilitano gli spostamenti delle persone hanno incrementato il numero di feriti e morti per incidenti stradali. L'uso dei mezzi a due ruote nelle grandi città sono la maggior causa di traumatismi agli arti che giungono in ospedale, sebbene la recente legge sull'uso del casco obbligatorio per tutti, ha sensibilmente diminuito le morti per trauma cranico. In tutto l'occidente, la prima causa di morte nei primi 40 anni di età è legata ad

eventi traumatici; fa riflettere come in una persona giovane, nel pieno dell'attività lavorativa, ci sia una maggior probabilità di morte per incidente stradale che per patologie cardiache e tumori. L'assistenza e la cura dei traumatizzati ha un costo per la società elevatissimo. In Italia ogni anno si registrano circa 23.000 morti per trauma di circa 8.000 decessi per incidenti stradali, e circa 250.000 feriti. L'Italia è nei primi posti nel conteggio di morti per incidenti stradali in Europa.

L'82% di tutti i traumi addominali, cranici, toracici necessitano di ricovero ospedaliero e solo il 7% del totale viene inviato a domicilio dopo le prime cure e un primo periodo di osservazione. Il numero di traumatismi lievi definiti con un codice verde al triage derivanti da incidenti stradali è elevatissimo e determina costi per le regioni non indifferenti; basti pensare a tutti gli accertamenti radiologici, all'elevato costo dei materiali di bendaggio, steccatura, ingessatura, sutura e medicazione in genere. Nel momento in cui un paziente accede al Pronto Soccorso, l'Infermiere, tramite l'uso informatizzato del programma G.I.P.S.E., classificherà il trauma e la modalità in cui esso è venuto, ovvero in strada, a casa, al lavoro oppure se è derivato da un'aggressione. Anche l'autolesionismo e il suicidio rientrano nei casi classificati come traumi.

CHI E' IL POLITRAUMATIZZATO

La suddivisione in traumi toracici, addominali, cranici e politrauma è solo accademica ed è dettata esclusivamente dalla necessità di codificare la diagnosi al termine del pronto soccorso, al

fine di chiedere il rimborso alla Regione secondo le prestazioni realmente effettuate.

Il Politraumatizzato è: "ogni paziente che presenta almeno due lesioni traumatiche gravi con compromissione della funzione respiratoria e/o circolatoria", quindi il Politrauma è un evento traumatico che determina lesioni contemporanee a due o più organi o apparati.

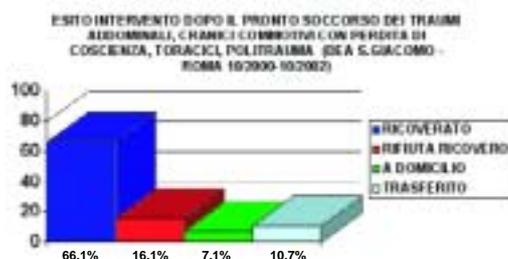
Il personale del 118 ha il compito difficilissimo di valutare il traumatizzato senza avere con sé le apparecchiature tecnologiche a disposizione nella struttura ospedaliera. Ogni traumatizzato è un potenziale politrauma e la valutazione della gravità non deve indurre a sottovalutare le misure di primo trattamento necessarie alla stabilizzazione e al trasporto del paziente in pronto soccorso. Un traumatizzato può avere danni in vari segmenti corporei:

- OSSA
 - Cranio; Ossa lunghe: femore, tibia, perone, radio, ulna, omero; Coste
 - Colonna vertebrale con interessamento del midollo spinale
- ORGANI INTERNI
 - Fegato, Milza, Rene, Polmone
- VASI SANGUIGNI
 - Vene e Arterie

Nel trattamento di un traumatizzato non ci si può soffermare esclusivamente su quello che si vede; una ferita lacero-contusa sanguinante attirerà sicuramente la nostra attenzione ma il giusto comportamento da adottare sarà quello di procedere ad un primo tamponamento, e prima di suturare la ferita, *verificare le condizioni generali del paziente* (pressione, saturazione, frequenza, esame obiettivo e visita medica accurata, auscultazione del torace...).

VALUTAZIONE, STABILIZZAZIONE E TRASPORTO DEL POLITRAUMATIZZATO

Dalla chiamata al 118 entro un tempo ragionevole di 8-10 minuti (in città), l'ambulanza più adatta al soccorso dovrebbe raggiungere il luogo dell'incidente. Allontanati i curiosi, si procede ad as-



sicurare le condizioni ambientali idonee ad operare in sicurezza.

In caso di incendio o difficoltà nella estricazione dell'infortunato bisogna attendere l'intervento dei vigili del fuoco. Si procede al controllo della pervietà delle vie aeree con rimozione di eventuali corpi estranei e applicazione di collare cervicale. Si controlla se il paziente respira e si procede a eventuale emostasi di eventuali emorragie visibili. Il controllo del polso carotideo e il controllo dei riflessi neurologici completa il primo intervento sul paziente traumatizzato.

A (pz incosciente) – controllo pervietà vie aeree – protezione cervicale

- Apertura della bocca – controllo pervietà delle vie aeree
- Impiego di cannule di guedel o tubi di mayo
- Se presenza di ostruzione: rimozione del corpo estraneo manualmente o in caso di difficoltà sublussazione della mandibola
- Posizionamento collare cervicale
- Esecuzione delle manovre b.l.s./ a.l.s.: eventuale intubazione oro-tracheale

B controllo e mantenimento dell'attività respiratoria

- ossigenoterapia (utile); se pz non intubato: mascherina con reservoir; se pz intubato: assistenza ventilatoria cricotomia se necessario
- monitoraggio della SaO₂ (>90%)

C tamponamento di emorragie visibili - presenza di polso carotideo

- Applicazione di cannula venosa grossa (G16)
- Tamponamento di emorragie
- Controllo dei parametri vitali (P.A., F.C., F.R.)
- Infusione di liquidi

D controllo riflessi neurologici - stabilizzazione prima del trasporto

- Utilizzo della Glasgow Coma Scale
- Applicazione coperta termica
- Immobilizzazione delle fratture degli arti mediante l'uso di presidi a depressione
- Utilizzazione di tavola spinale, barella a cucchiaio per posizionamento su barella

Per le vittime di importanti traumi è diventata consuetudine tra gli esperti di trauma parlare di GOLDEN HOUR.

GOLDEN HOUR

I Pazienti gravemente feriti se raggiungono la sala operatoria in un arco di tempo inferiore o uguale ad un'ora hanno migliore prognosi e una più alta probabilità di sopravvivenza

E' essenziale quindi, che tutti i membri dell'equipaggio dell'ambulanza siano preparati e intervengano senza perdere tempo secondo le linee guida e le procedure internazionali.

IL POLITRAUMATIZZATO IN PRONTO SOCCORSO

L'Infermiere del 118 valutata la situazione, può allertare il personale del pronto soccorso di destinazione tramite chiamata in centrale operativa. Molti D.E.A. sono provvisti di una sala rossa adibita alle emergenze e fornita di tutte le attrezzature per un tempestivo corretto primo intervento. Ricevuta la chiamata dalla centrale del 118, il personale infermieristico del pronto soccorso provvederà ad allertare i medici anestesisti e rianimatori, i chirurghi, il personale della sala operatoria e della radiologia.

E' compito dell'infermiere triagista del pronto soccorso di fare una prima valutazione ed assegnare il codice colore di priorità o gravità:

■ CODICE ROSSO

ENTRATA IMMEDIATA IN SALA ROSSA O D'EMERGENZA – PZ CON COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI

- Glasgow coma scale < 14
- Assenza di coscienza, respiro, battito cardiaco
 - Ritmo respiratorio < 10 o > 29 atti al minuto
 - Valutazione della lesione:
 - Fratture bacino, due o più fratture, ustioni >10%, tutte le lesioni penetranti della testa, ferite profonde e sanguinanti

■ CODICE GIALLO

ENTRATA ENTRO 8-10' DALLA VALUTAZIONE – PZ A RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI

- Frattura di ossa lunghe; fratture esposte
 - Traumi cranici in pz attualmente vigile e cosciente
 - Caduta da > 3 metri
 - Trauma da scoppio
 - Amnesia
 - Impotenza funzionale e dolore
 - Segni neurologici

■ CODICE VERDE

PZ NON A RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI

- Lesioni, traumi di vario genere non gravi < 24 ore

■ CODICE BIANCO

ACCESSO IMPROPRIO – TRAUMI E LESIONI > 24 ORE NON SINTOMATICHE

Il politraumatizzato con GCS < 14 entra immediatamente in sala rossa o sala emergenza; se le attività primarie sono presenti viene assegnato codice giallo.

Il paziente che è provvisto di collare cervicale, accesso venoso e con tutori di vario genere per proteggere eventuali fratture entra in P.S. posizionato su una tavola spinale e successivamente verrà

GLASGOW COMA SCALE

	Punti
APERTURA DEGLI OCCHI	
Spontanea	4
Allo stimolo verbale	3
Allo stimolo doloroso	2
Assente	1
RISPOSTA MOTORIA	
Spontanea	6
Localizza il dolore	5
Flessione normale	4
Difficoltà nella flessione	3
Estensione	2
Risposta assente	1
RISPOSTA VERBALE	
Orientato	5
Confuso	4
Parole inappropriate	3
Suoni incomprensibili	2
Risposta assente	1

adagiato sulla barella ortopedica (senza togliere la tavola spinale). Il personale del P.S. valuterà immediatamente lo stato di coscienza, il respiro e l'attività cardiaca. Un infermiere si preoccuperà di rilevare i parametri vitali e di applicare dei pacer adesivi collegati ad un monitor multi-funzioni con defibrillatore. Il paziente viene spogliato degli indumenti (successiva esecuzione dello spoglio dei valori in possesso) e posizionato un catetere vescicale e una mascherina con ossigeno. Si applica una flebo e vengono eseguiti i prelievi di sangue (emocromo, glicemia, azotemia, creatinina, markers coagulazione, elettroliti).

Si completa la valutazione neurologica e ortopedica.

A questo punto si iniziano gli accertamenti diagnostici per comprendere la gravità delle lesioni. In ordine di priorità questi i principali accertamenti diagnostici eseguiti ad un politraumatizzato:

TAC CRANIO

ECOGRAFIA ADDOME

RX TORACE

RX BACINO

RX MASSICCIO FACCIALE

RX ARTI

Il completamento di tutti gli accertamenti necessari alla definizione diagnostica è sempre subordinato dalle condizioni generali del paziente. Un peggioramento della respirazione o un calo di pressione con aumento della frequenza è sempre da prendere in considerazione con la sospensione degli esami in corso e un intervento tempestivo del personale per ristabilizzare le condizioni del traumatizzato.

Il personale infermieristico del P.S. deve accompagnare sempre il paziente nei vari spostamenti all'interno della struttura ospedaliera, per l'esecuzione degli esami prescritti. E' consigliabile durante i trasporti e eventuali trasferimenti del paziente portarsi tutto il materiale per una eventuale I.O.T. d'emergenza. Il paziente deve rimanere monitorizzato durante tutta l'esecuzione degli esami. Definita la diagnosi, se il nostro ospedale non è in grado di tenere il paziente nella propria struttura deve trasferirlo in un altro nosocomio. Non è raro che i DEA di 1° livello attivano la cosiddetta "procedura DEA" per trasferire il paziente in un DEA di 2° livello provvisto di reparti specialistici necessari alla cura del traumatizzato.

Il concetto di far arrivare in prima battuta il paziente all'ospedale giusto, in Italia, è in contrasto con la normativa che autorizza l'ambulanza priva di medico a bordo a raggiungere l'ospedale più vicino.

CONCLUSIONI

L'assistenza al politraumatizzato è complessa. A volte risulta addirittura difficile il coordinamento tra il 118 e l'ospedale di destinazione. Il rispetto di protocolli e linee guida elaborati dalle centrali 118 e le strutture ospedaliere sicuramente sono la base per una buona assistenza ai traumatizzati. Le difficoltà che si incontrano sono date dalla consapevolezza di intervenire in tempi rapidi (golden hour) senza tralasciare importanti interventi, come per esempio la stabilizzazione del paziente prima del trasporto o l'esecuzione di esami essenziali per la de-



La professionalità nell'emergenza: una garanzia per il cittadino.

terminazione della diagnosi. Non da meno e non si può certo sottovalutare è l'approccio emotivo di tutti gli operatori verso i traumatizzati gravi, che anche se non rallenta l'intervento diagnostico-terapeutico, crea a volte ansie e paure che aumentano a dismisura se non c'è un coordinamento tra i singoli operatori. Nel trasporto con l'ambulanza, dal concetto di "load and go" (carica e porta all'ospedale più vicino) oggi si è passati a quello di "stay and play" (stabilizza e trasporta il paziente). Arrivare in ospedale con un traumatizzato posizionato su tavola spinale con collare cervicale, accesso venoso e immobilizzazione delle fratture significa evitare al paziente complicazioni derivanti da spostamenti mal fatti; trovare in P.S. tutti gli operatori pronti con le appa-

recchiature funzionanti di certo garantisce la continuità della catena del soccorso a beneficio di un buona prognosi dell'infortunato.

Note

1 Da: Il Politraumatizzato; diagnosi, riannimazione, chirurgia; di: J.C. Otteni; ed. Masson (1991).

2 Da: Il Politrauma, valutazione generale e primo trattamento; di Osvaldo Chiara; ed. Minerva Medica (1995).

Roma, Ottobre 2002

Autore:

Cristian Vender, infermiere professionale D.E.A. 1° livello Pronto Soccorso - Ospedale San Giacomo - Asl RM A, Roma.

bibliografia

Archivio informatizzato G.I.P.S.E. ospedale San Giacomo di Roma.

Protocolli e linee guida Pronto Soccorso ospedale San Giacomo Roma.

Corso di Emergenza medica nel territorio per infermieri professionali Roma Urgenza - 1998

Corso di Assistenza Infermieristica nell'emergenza e urgenza IDI Tor Vergata Roma - 2002.

Tesi: Pianificazione del primo soccorso e del soccorso organizzato per i pazienti politraumatizzati - La Sapienza Roma - 1996/1997.

Ricerca via internet sul sito A.S.P., Roma Urgenza (foto frattura cervicale), La Repubblica (foto incidente).

Un infermiere verso la santità

PROVINCIA ITALIANA
Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione

SEMINARIO DI STUDIO

Il Venerabile Luigi Maria Monti (1825-1900)

Verso la santità accanto all'uomo che soffre

8 Maggio 2003 - Sala lancisi - Borgo Santo Spirito, 2 - Roma

Ore 15,00 - Presentazione
Padre Aurelio Mozzetta
(Superiore Generale)

Introduzione
S. Em.za Card. José Saraiva Martins
(Prefetto della Congregazione per le cause dei Santi)

Ore 15,30 - Padre Luigi Monti nella storia del suo tempo
Prof. Don Giorgio Rossi
(Docente di Storia Moderna all'Università Roma Tre)

Ore 16,00 - La figura di Padre Luigi Monti nella realtà ecclesiale dell'800
Prof. Pietro Borzomati
(Preside della facoltà di Lettere Università per stranieri di Perugia)

Ore 16,30 - Coffee Break



Ore 17,00 - Profilo spirituale del Venerabile Luigi Monti
S. Ecc.za Rev.ma Mons. Andrea Erba
(Vescovo di Velletri-Segni)

Ore 17,30 - Originalità e attualità del messaggio di Padre Luigi
Prof. Don Mario Torcivia
(Docente allo Studio Teologico "San Paolo" di Catania)

Ore 18,00 - Il carisma di Padre Luigi Monti nella realtà delle sue Opere
Padre Giovanni Cazzaniga
(Postulatore della Causa di Beatificazione)

Ore 18,20 - Conclusioni
Padre Giuseppe Pusceddu
(Superiore Provinciale)

Moderatore: Fratel Ruggero Valentini

Provincia Italiana - Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione
Via della Luce, 46 - 00153 Roma • Tel. 06.6646.4344 - 06.58.39.251 • www.cfic.it • e-mail: provincia.italiana@cfic.it

L'infermiere e la diagnostica per immagini

di Marco Romani

Lo studio diagnostico dell'organismo umano mediante acquisizione di immagini si identifica nella radiologia tradizionale (rimasta invariata sino dalla scoperta dei raggi Roentgen); si sono aggiunti dagli anni 70 ad oggi nuovi procedimenti fondati sul calcolatore elettronico (tomografia computerizzata, radiologia digitale); e procedimenti che utilizzano forme di energia diverse come ultrasuoni, raggi infrarossi, campi elettromagnetici (ecografia, termografia, risonanza magnetica). I vari procedimenti vengono compresi nella "diagnostica per immagini" che viene a sostituire la "radiodiagnostica". L'infermiere deve conoscere il valore clinico ed alcune modalità esecutive della diagnostica per immagini, non soltanto a scopo culturale ma anche e soprattutto per garantire sempre una maggiore qualità all'utente, collaborando alle misure diagnostiche e terapeutiche in ambito radiologico con una formazione professionale specifica, al fine di attuare una corretta ed idonea preparazione e relativa assistenza.

NOZIONI GENERALI DI TECNICA E DI METODICA

La diagnostica per immagini si fonda sullo studio delle immagini che i raggi X, attraversata la parte corporea da esaminare, determinano su uno schermo fluo-

rescente (radioscopia) o su di una pellicola sensibile (radiografia). I raggi "X", sono oscillazioni elettromagnetiche (simili a raggi luminosi); essi si formano nel tubo per raggi Rontgen in seguito allo scontro fra l'anodo e gli elettroni, prodotti su un filamento caldo nel catodo, in un campo di tensione ad alta velocità, liberando così dell'energia come radiazione Rontgen. Mediante regolazione dei tasti o delle manopole di un "tavolo di comando", si fanno variare, a seconda delle caratteristiche anatomiche della parte da esaminare e del suo diverso spessore, i fattori che determinano la corretta riuscita di una radiografia e cioè: tempo di esposizione (espresso in secondi); intensità delle radiazioni emesse (esprese in mA, che indicano l'intensità della corrente nel tubo); po-



tere di penetrazione delle radiazioni (espresso in KV).

L'immagine radioscopica o radiografica si stabilisce grazie alle differenze di assorbimento delle radiazioni tra le diverse parti componenti l'oggetto, che determinano il cosiddetto "contrasto". Quindi i raggi "X", come la luce, hanno la capacità di impressionare una pellicola. I diversi tessuti di un corpo sono radiotrasparenti in misura diversa. Per i raggi "X": sono radiotrasparenti l'aria, l'adipe; lo sono meno liquidi, la muscolatura, gli organi parenchimatosi (fegato, reni etc.); lo sono difficilmente le ossa e le calcificazioni. In pratica significa che la lastra radiografica, dietro al tessuto osseo, rimane relativamente non impressionata dalla radiazione.

ESAMI RADIOLOGICI TRADIZIONALI

Gli esami radiologici tradizionali sono: Radioscopia, Radiografia, Schermografia, Seriografia, Xeroradiografia, Roentgencinematografia, tali esami possono essere eseguiti:

a) *senza mezzo di contrasto (m.d.c.):* indicati nello studio dell'apparato sche-



letrico, degli organi toracici (polmoni, cuore e mediastino) e dell'addome (gas intestinali, calcoli biliari e urinari);

b) *con mezzo di contrasto:* dai mezzi di contrasto, i raggi X vengono assorbiti più intensamente, in confronto ai tessuti umani, che ne fanno risaltare l'immagine.

I m.d.c. vengono introdotti attraverso:

- *Cavità normali (canale alimentare)*
- *Cavità patologiche (tragitti fistolosi)*
- *Iniezione in circolo*

Gli esami con mdc, vengono elencati a seconda delle parti corporee da esaminare:

Tubo digerente: pasto opaco, clisma del tenue, clisma opaco;

Vie biliari: colecistografia orale, colecistocolangiografia endovenosa, colangiopancreatografia retrograda endoscopica, colangiografia transepatica percutanea, colangiografia peroperatoria e postoperatoria.

Reni e vie urinarie: urografia, pielografia retrograda, pielografia anterograda percutanea, cistografia, uretrografia.

Apparato cardiovascolare: tecniche di opacizzazione per puntura diretta, tecniche di opacizzazione per cateterismo.

Sistema linfatico: linfografia.

Albero tracheo-bronchiale: broncografia.

Sistema nervoso centrale: angiografie, mielografie.

Sistema articolare: artografia.

Utero e annessi: istero, salpingografia.

Mammella: duttogramma, pneumocistografia.

Ghiandole salivari: scialografie parotidea.

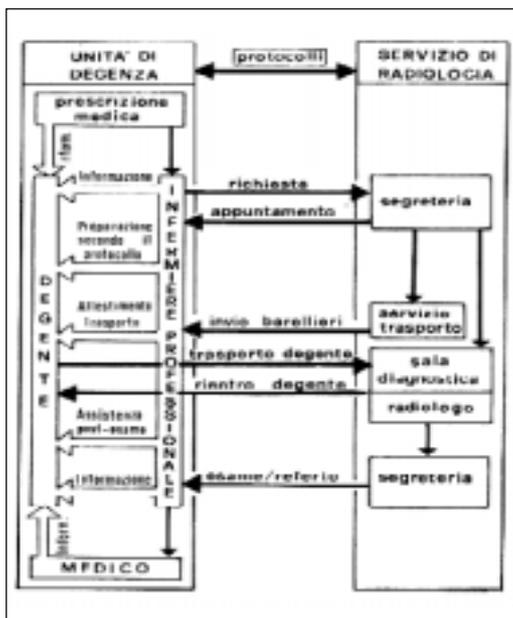
Tragitti fistolosi: fistolografia.

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)

Nella tomografia computerizzata, il fascio di raggi X, attraversa di volta in volta un singolo strato del corpo, le informazioni vengono elaborate da un calcolatore elettronico, e convertite in immagini ottiche, quindi si ha una peculiarità dell'esplorazione in sezione assiale trasversa, permettendo l'esplorazione di più organi, essa è particolarmente indicata:

- Patologie malformative, traumatiche, vascolare (ischemica e/o vascolare), neoplastica;
- Patologie vertebro-midollari (ernie discali), mediastino, surreni, sistema linfatico;
- Patologie epatiche, uro-genitali, spleniche, scheletriche, addominali, orbitarie;

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI CON ALTRI PROCEDIMENTI



Sono caratterizzati dal fatto che non comportano l'impiego né di radiazioni ionizzanti, né di mezzo di contrasto con i relativi rischi; essi sono:

Ecografia *, sfrutta le onde ultrasonore, utile nello studio degli organi addomino pelvici, diagnostica ostetrica, studio del cuore (ecocardiografia) e dei grossi vasi arteriosi e venosi.

Risonanza magnetica, sfrutta la risonanza del corpo umano immerso in un campo magnetico, utile come esame neuroradiologico: cervello, midollo spinale.

Termografia, sfrutta le radiazioni caloriche (raggi infrarossi) emesse dai tessuti, utile nello studio dei tumori della mammella, processi flogistici superficiali, delle turbe circolatorie cerebrali e periferiche.

RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Il personale infermieristico è tenuto a porre rigorosamente in atto, per quanto di sua competenza, alcune norme sia di natura organizzative che assistenziali nei riguardi del paziente da sottoporre ad esami radiologici; la mancata osservanza di queste norme non soltanto determina ritardi rinvii e ripetizioni degli esami, ma può anche renderli meno informativi.

Organizzativo:

- Raccolta inoltro e sollecito, delle richieste di esame;
- Preparazione accurata dei pazienti;
- Conservazione delle documentazioni diagnostiche;

Gli atti da compiere assumono una connotazione diversa a seconda dell'istituzione in cui si opera, tuttavia è indispensabile una serie di azioni comuni a tutte le situazioni, che sono determinanti per creare le condizioni di corretta informazione e collaborazione tra l'unità di degenza e il servizio radiologico.

Agendo in tale modo, si potranno ridurre al minimo errori, ritardi e perdite di tempo spiacevoli.

Quindi:

1) Innanzitutto si ritiene utile ricordare che a monte di ogni prescrizione, dovrebbero essere concordati dei protocolli concernenti la preparazione del paziente, in modo da fornire al personale delle unità di degenza uno strumento di lavoro che eviti errori.

Quindi al momento della prescrizione di un esame radiografico, ha inizio una serie di procedure da mettere in atto, tra le quali la prima è senza dubbio l'*informazione* rivolta al degente, sia da parte del medico che dell'infermiere, seguita ovviamente in seconda fase, dalla compilazione e inoltro della richiesta al servizio di radiologia.

2) Il servizio di radiologia, ricevuta la richiesta provvede a comunicare l'appuntamento per l'esecuzione dell'esame; alla ricezione dell'appuntamento, l'infermiere provvede ad informare il degente e il resto dell'équipe, e ad iniziare l'even-

tuale preparazione del degente, seguendo i protocolli prestabiliti.

3) Al termine della fase sopra citata, si giunge al momento della preparazione del paziente per il trasporto.

Prima di affidare il paziente all'infermiere del reparto di radiologia, quello del reparto di degenza deve controllare le condizioni generali, la scelta del mezzo di trasporto valutando le condizioni del paziente, la completezza del corredo clinico, da inviare al servizio di radiologia.

4) Una volta giunto nel reparto di radiologia, l'infermiere del reparto stesso o quello dell'unità di degenza che ha accompagnato il paziente, ha il compito di tranquillizzarlo (informandolo eventualmente sulla durata dell'esame, eventuale presenza di dolore etc.) accompagnarlo nella sala raggi e aiutarlo quindi ad assumere una posizione comoda ed adeguata a seconda del tipo di esame da effettuare; una volta fatto ciò allontanarsi immediatamente (dietro la cabina schermata) o se le circostanze lo richiedono, restare nella sala stessa insieme al paziente, proteggendosi con un camice o telo piombato.

5) Una volta effettuato l'esame il paziente viene quindi riaccompagnato nel

reparto di degenza, dove lo stesso infermiere ha il compito di accoglierlo, ponendo in atto tutte le procedure assistenziali necessarie a seconda delle condizioni generali (controllo dei parametri vitali, eventuale rimozione di aghi cannula usati per introdurre il mezzo di contrasto).

Nel contempo il servizio di radiologia provvede alla stesura del referto, che sarà inviato all'unità di degenza (in alcuni casi ciò può essere contemporaneo al ritorno del paziente).

Dato che l'esame entra a far parte integrante del corredo clinico (cartella clinica), sarà cura dell'infermiere controllare la completezza di tale corredo al momento del rientro del paziente in divisione dal reparto di radiologia.

Assistenziale:

Si configura nella sorveglianza assidua del paziente sottoposto ad indagini diagnostiche o di radiologia interventistica che comportino rischi di complicanze.

A) Preparazione del paziente:

- Informazione sulla durata, scopo, zona da esaminare etc.;
- Pulizia intestinale dell'addome per esami con mezzo di contrasto;
- Digiuno dalla mezzanotte per pasto opaco e per gli esami con somministrazione parenterale di un mezzo di contrasto;
- Somministrazione dei preparati per la colicistografia orale;
- Tricotomia distrettuale prima di angiografie; controllo e mantenimento di un buon stato di idratazione soprattutto nel caso di esami con mezzo di contrasto iodato;
- Intuire eventuali paure e incertezze e aiutare a farle superare.

B) Sorveglianza del malato durante esami radiologici:

Durante gli esami radiologici possono verificarsi incidenti, alcune secondari alle tecniche di angiografia, altri scatenati dalla somministrazione di mezzi di contrasto iodati; in attesa del medico radiologico o dell'anestesia, l'infermiere presente in radiologia deve essere in grado, nei casi più gravi e non, di affrontare l'urgenza.

C) Sorveglianza del malato dopo esami radiologici:

È importante al fine di cogliere imme-



diatamente eventuali complicanze da reazione ai mezzi di contrasto:

– Esami con mezzo di contrasto iodato; possibili sintomi sono insufficienza cardiaca o renale (tachicardia, oliguria, ipotensione);

– Esame angiografici e procedimenti di radiologia interventistica con accesso arterioso; possono dare emorragie e quindi è necessario controllare l'emostasi, l'ampiezza del polso arterioso, la presenza di eventuali ematomi; riposo a letto per 12 ore

PARTICOLARITÀ ASSISTENZIALI

Si ritiene utile a questo punto prendere in esame i principali esami radiologici, indicandone le particolarità assistenziali:

a) *Radiogrammi dei segmenti scheletrici*; Scopi: permettono di individuare alterazioni morfologiche, strutturali e del grado di calcificazione di origine congenita, traumatica, neoplastica di segmenti ossei e delle articolazioni contigue; Esecuzione: l'esame è effettuato senza mezzo di contrasto, e non richiede alcuna particolare preparazione.

b) *Radiogramma del torace*; Scopi: permette lo studio dei polmoni, delle cavità pleuriche, dell'aria toracica; Esecuzione: è importante l'informazione rivolta al paziente, soprattutto per quanto riguarda le posizioni e gli esercizi del trattamento dell'aria, in quanto l'esame è eseguito in apnea inspiratoria dorso-ventrale e latero-laterale.

c) *Radiogramma dell'addome*; Scopi: permette lo studio della cavità addominale ed in parte dei visceri in essa contenuti, specie per quanto riguarda la presenza di calcoli radiopachi, livelli idroaerei (occlusione intestinale) o di aria libera in peritoneo (perforazione dei visceri cavi); Esecuzione: l'esame è eseguito senza mezzo di contrasto, e non richiede preparazioni particolari, se non una pulizia intestinale mediante clistere evacuativo e digiuno.

d) *Broncografia*; Scopi: permette lo studio dell'albero bronchiale fino a livello dei bronchi sub-segmentari, mediante l'uso di mezzo di contrasto idrosolubile, introdotto con uno speciale

sondino; Materiale occorrente: farmaci antitossigeni, sondini per introdurre il mezzo di contrasto, mezzo di contrasto olio iodato o idrosolubile, sondini per aspirazione.

Esecuzione: somministrare i farmaci antitossigeni, informare il paziente circa le possibili difficoltà respiratorie che potranno verificarsi durante l'esame; controllo delle condizioni generali e della respirazione prima, durante e dopo l'esame; stimolare il paziente a tossire dopo l'esame per favorire l'eliminazione del mezzo di contrasto; far assumere al paziente le posizioni adatte al drenaggio bronchiale.

e) *Esame dell'esofago, stomaco, e intestino tenue (pasto opaco)*; Scopi: permette lo studio di tali segmenti e della regione cieco-appendicolare, la quale si visualizza dopo alcune ore dalla somministrazione del pasto opaco; Materiale occorrente: mezzo di contrasto (solfato di bario).

Esecuzione: importante è l'informazione rivolta al paziente al fine di tranquillizzarlo; il giorno precedente, il paziente deve osservare una dieta leggera, mentre il giorno dell'esame rispettare il digiuno; dopo la prima parte dello studio, trascorse alcune ore, viene eseguito un controllo post-prandiale per valutare



il transito intestinale; al termine dell'esame, controllare l'evacuazione affinché il mezzo di contrasto venga eliminato.

f) *Clisma Opaco*; Scopi: consente l'individuazione di eventuali affezioni a carico del retto, sigma e colon; Materiale occorrente: occorrente per l'enterocisma mezzo di contrasto (solfato di bario in sospensione acquosa), pompa per insufflare aria (esame con doppio contrasto).

Esecuzione: informazione del paziente, al fine di farlo collaborare nel miglior modo possibile; eseguire una buona pulizia dell'intestino, con una dieta priva di scorie per i tre giorni precedenti l'esame, seguita dalla somministrazione di lassativi e/o dalla esecuzione di clisteri; al termine dell'esame, si deve controllare l'evacuazione, al fine di ottenere l'eliminazione completa del mezzo di contrasto.

g) *Colecistigrafia orale*; Scopi: opacizzare la colecisti al fine di rilevare la presenza di formazioni calciose, o di altre patologie, e valutare la funzionalità della colecisti.

Materiale occorrente: mezzo di contrasto (compresse contenenti sostanza iodata, che assorbita dall'intestino, è escreto con la bile e si concentra nella colecisti dopo 10 – 12 ore).

Esecuzione: controllare che il paziente sia già stato sottoposto ad esami preliminari (funzionalità epatica); somministrare il mezzo di contrasto la sera precedente l'esame; controllare che il paziente rispetti il digiuno fino all'esecuzione dell'esame.

h) *Colangiocolecistigrafia*; scopi: ottenere l'opacizzazione del dotto epatico comune, e della colecisti, per studiare le vie biliari; Materiale occorrente: necessario per l'infusione endovenosa; mezzo di contrasto (sostanza iodata idrosolubile); necessario per fronteggiare una reazione allergica; Esecuzione: effettuare una buona pulizia intestinale mediante clisteri; eseguire la prova di tolleranza ai mezzi di contrasto iodati; controllare che siano stati eseguiti gli esami di funzionalità epatica, e segnalare al radiologo, la presenza di eventuali episodi allergici nell'anamnesi del paziente.

i) *Urografia*; Scopi: ottenere l'opacizzazione di tubuli, bacineti ureteri e vescica al fine di studiare alterazioni di sva-

riata natura e di valutare la funzionalità renale e la presenza di malformazioni; Materiale occorrente: set per infusione venosa mezzo di contrasto iodato idrosolubile, necessario per fronteggiare reazioni allergiche; Esecuzione: controllo dell'esecuzione di esami per valutare la situazione renale; ottenere una buona pulizia intestinale, mediante la somministrazione per tre giorni precedenti l'esame, di una dieta priva di scorie, e somministrazione di lassativi e clisteri.

l) *Arteriografia*; Scopi: opacizzare i rami arteriosi, al fine di individuare le alterazioni delle arterie e degli organi da loro irrorati; Materiale occorrente: mezzo di contrasto iodato idrosolubile; cateteri di Seldinger (che permette di incannulare i rami arteriosi); materiale occorrente sterile per la preparazione e medicazione della zona incannulata; due pinze, una pinza anatomica, lama per bisturi, sacchetti di sabbia per la compressione. Esecuzione: digiuno per il paziente il giorno dell'esame; esecuzione della tricotomia della zona interessata; assistenza rivolta al paziente e al medico; al termine dell'esame controllo accurato dei parametri vitali per le prime 4-6 ore; controllo della zona sede di puntura (eventuali emorragie vanno immediatamente segnalate al medico); mantenere a letto il paziente per 6-8 ore dopo l'esame.

m) *Flebografia*; Scopi: opacizzare i distretti venosi, al fine di evidenziare alterazioni e turbe del circolo; Materiale occorrente: mezzo di contrasto idrosolubile; cateteri di Seldinger.

Esecuzione: prevenzione delle reazioni allergiche al mezzo di contrasto; riposo a letto per le prime 4-6 ore dopo l'esame.

n) *Linfoadenografia*; Scopi: permette di studiare i vasi linfatici ed i linfonodi, in caso di localizzazioni secondarie di neoplasie; Materiale occorrente: mezzo di contrasto liposolubile da introdurre a cielo scoperto nei vasi linfatici della mano o del piede; occorrente sterile per microchirurgia, usato per scoprire e successivamente medicare la zona di intervento; colorante per il sottocute con idonea siringa; aghi speciali per incannulare i vasi linfatici; sistema di pompe per iniezioni endolinfatiche.

Esecuzione: informazione del paziente; aiutarlo ad assumere una posizione comoda ed adeguata; controllare i parametri vitali prima, durante e dopo l'esecuzione dell'esame; assistenza al medico nell'esecuzione, e al paziente.

o) *Ecografia*; Preparazione del paziente: Digiuno per lo studio del sistema epatobiliare e del pancreas; prescrizione farmacologica e/o dietetica per ridurre il meteorismo e il contenuto intestinale nello studio dell'addome; replezione vescicale (non fare urinare il paziente 4-6 ore precedenti l'esame) nello studio degli organi pelvici e nella gravidanza.

CONCLUSIONI

L'Infermiere oltre al valore clinico e le modalità di esecuzione nella diagnostica per immagini, deve tener presente che non solo chi opera nei reparti di radiologia è esposto alle radiazioni; tutti quantomeno siamo soggetti alla cosiddetta "Esposizione Naturale", costituita dalla radiazione ambientale, da quella cosmica e dalla radiazione da sostanze radioattive incorporate nel nostro stesso organismo.

Chiaramente nel campo della radiodiagnostica, è importantissima la protezione contro tali raggi, che deve essere rivolta non solo all'utente che viene sottoposto ad un determinato esame (in quanto assorbe direttamente raggi x), ma anche al personale che opera in tale reparto, quindi è importante attuare:

1. *Protezione dell'utente*; in questo ambito il carico di radiazioni può essere ridotto mediante:

- conoscenze approfondite dell'effetto delle radiazioni;
- schermatura degli organi sessuali, mediante una piastra o capsula di piombo;
- rinuncia ad esami radiografici durante la gravidanza tranne in caso di reale necessità;

2. *Protezione del personale*; il carico di radiazioni in roentgendiagnostica può essere ridotto:

- indossando un abbigliamento protettivo (grembiuli guanti e occhiali di piombo);

- evitando di rimanere più dello stretto necessario nel locale dove viene eseguito l'esame);

- con la schermatura dei locali, inserendo lamine di piombo (pareti, porte e soffitti);

Importantissimi sono anche i controlli che devono essere fatti sul personale di radiologia:

- controllo del personale, mediante visite periodiche;

- controllo del carico di radiazioni mediante dosimetri collocati all'altezza del petto.

Le dosi consentite per il personale del reparto di radiologia, sono stabilite dalla legge, in particolare dalla 626/94 e dalla 230/95.

Autore:

Inf. Marco Romani, Ospedale S. Eugenio, UOC Chirurgia Plastica e Ricostruttiva.

bibliografia

Biagini, *Manuale di Radiologia*, Ed. E.M.S.I., 1980.

Curcio A., *Grande Enciclopedia Medica*, Ed. Curcio, 1988.

Lavella T., Spairani C.: *Procedure, Protocolli e Linee Guida di Assistenza Infermieristica*, 2001.

Forni C., *Linee Guida Cliniche* Ed. McGRAW-HILL, 2002.

Valutazione e gestione dell'incontinenza urinaria nell'anziano

di Mauro Morroto

L' incontinenza urinaria è la perdita involontaria di urine e costituisce oggi un problema igienico-sociale, nonché economico, di rilevante importanza. Questa è legata ad una disfunzione della vescica e degli sfinteri.

Al contrario la continenza è la capacità di posticipare a piacimento della minzione e di esaurirla in uno stato ottimale igienico-sociale. Questo deriva da una condizione fisica del soggetto relativamente integra e funzionale, riguardante in particolar modo l'apparato uro-genitale. Quando tali funzionalità e capacità diminuiscono o scemano drasticamente, possono diffondersi nel soggetto i canonici disturbi dell'incontinenza. Tali scompensi fisici si vanno ad aggiungere a fattori ambientali, sociali, igienici che riescono in ogni caso ad influenzare negativamente la psiche della nostra persona. Perciò secondo gli attributi del soggetto in questione ed in proporzione alla quantità d'urine perse involontariamente (durante la giornata) avremo una vita di relazione pressochè alterata.

I primi disturbi si riscontrano quando il soggetto non riesce ad avvertire in tempo la necessità di urinare, o quando non riesce a raggiungere in tempo il luogo appropriato per la minzione, o quando questi non riesce ad eseguire una corretta minzione anche quando il luogo è raggiunto.

Quindi saranno l'imbarazzo e gli inconvenienti igienici a preoccupare mag-

giormente le persone che accusano tali disturbi, più della singola affezione che in ogni modo (da sola) non costituisce una vera minaccia alla durata della nostra vita. L'individuo interessato è portato addirittura a modificare radicalmente le proprie abitudini quotidiane ed a condizionare pesantemente i momenti passati con la propria famiglia (figli, nipoti, fratelli, ecc..)

Gli individui maggiormente coinvolti dal problema di una o più persone, del nucleo familiare, che soffrono di questo disturbo provengono appunto dalla famiglia.

E' da qui che, in effetti, scaturisce il primo avvertimento della comparsa di questo disturbo, cioè nel suo ambiente domiciliare.

E' proprio in quest'ambito che tale soggetto si confronta con le mille difficoltà quotidiane, che si acquiscono qualora sussistano le condizioni di solitudine che oggi caratterizzano migliaia d'anziani. Oltre a tutti gli aspetti psicologici che toccano tali soggetti, vi sono anche altri aspetti tecnici che concorrono a metterli ulteriormente in difficoltà quali, la posizione del bagno lontana dalla stanza della persona, un abbigliamento che non agevola l'ordinaria minzione (cerniera pantaloni), una posizione scomoda del water oppure l'assenza d'eventuali maniglie. A ciò possiamo aggiungere un'indisponibilità cronica di uno o più familiari (ove sussistano) nell'aiutare il soggetto

a limitare o lenire in parte le difficoltà dovute a questo disturbo.

Per meglio inquadrare il tipo d'incontinenza che affligge il nostro soggetto, allo scopo di utilizzare le risorse più adatte, valuteremo alcuni parametri estrapolati da un primo esame del nostro paziente.

Principalmente si darà importanza al sesso del soggetto, proprio in virtù delle enormi differenze anatomiche che intercorrono tra questi.

Nella donna le possibili cause di I.U. possono essere:

- Gravidanze frequenti
- Partì difficili (passaggio della testa del bambino che indebolisce i muscoli del p.p.)
- Prolasso uterino
- Obesità
- Cambiamento di tonicità e trofismo tissutale (dovuti alla menopausa)

Per tali cause le donne hanno molte più probabilità degli uomini nel soffrire di tale disturbo e tendono anche ad anticiparlo (nell'età) rispetto a questi.

Nell'uomo invece possiamo riscontrare:

- Processo degenerativo cerebrale
- Problemi e danni vescicali
- Problemi uretrali e renali
- Problemi prostatici

Per entrambi i sessi, invece, oltre a queste cause includiamo anche possibili danni neurologici (riscontrabili anche nei disabili), in concomitanza di ricoveri in istituti (ospedali, cliniche, case di cura, ecc.) e ricoveri in lungodegenza.

Dopo di ciò valuteremo l'età della persona affetta da questo disturbo e subito dopo determineremo l'entità della perdita d'urine.

Ad un esame più approfondito cercheremo, poi di stabilire quali sia lo status mentale del soggetto, in altre parole le sue condizioni generali rispetto al sociale (se in attività lavorativa o in pensione) ed al suo ambiente familiare (stati conflittuali, disturbi psichici, ecc.). Importante la determinazione del suo stato fisico, cioè se sia autosufficiente (e a quale livello) o debba servirsi di ausili (meccanici, sociali, familiari, ecc.). Infine

non meno importante risulterà la valutazione della sua attività sessuale e sentimentale, fattore che influisce in maniera determinante sulla psiche della persona.

Per ciò che concerne lo screening ordinario delle analisi di routine da predisporre all'utente per un'ottimale diagnosi abbiamo oltre alle notizie anamnestiche passate e presenti anche:

- Esame obiettivo
- Esami ematici
- Es. urine + urinocoltura
- Visita uroginecologica
- Mapping vescicale
- Uretrocistografia
- Ecografia renale
- Diaria minzionale (frequenza delle minzioni)

Tutta questa mole d'informazioni si potrà ricavare dai colloqui avuti tra l'equipe sanitaria ed il nostro soggetto secondo la struttura che questi preferisce utilizzare (ricovero ospedaliero, visita ambulatoriale, visita domiciliare, ecc.). Tali informazioni ad esempio possono essere ottenute tramite degli appositi questionari miranti alla focalizzazione del problema in qualsiasi struttura scelta dalla persona.

Tipi di incontinenza

Nella persona continente, l'azione simultanea dei muscoli del pavimento pelvico rimane abbastanza forte da mantenere l'uretra chiusa, mentre si riempie la vescica. Con l'aumento della pressione intraddominale, dovuta a cause improvvise, quali, ad esempio, il tossire, il saltare, il correre ed il ridere, aumenta di conseguenza anche la pressione vescicale. Qualora tale pressione trovasse una muscolatura debole (per determinate cause) o non perfettamente tonica, potrebbe esserci un'involontaria perdita di urine più o meno rilevante. Tale debolezza della muscolatura e/o dello sfintere interno caratterizza l'*I.U. da sforzo*.

Quando invece alla perdita involontaria di urine si associa anche lo stimolo urgente di svuotamento vescicale si può

parlare di *I.U. da urgenza*. Tale impellenza può essere dovuta alla contrazione di una vescica instabile (vescica che si contrae involontariamente durante la fase di riempimento) quando il soggetto cerca di inibire la minzione, oppure da un'ipersensibilità dei recettori di distensione della vescica e dell'uretra. Le cause di ciò possono essere l'età del soggetto, l'assunzione di alcuni farmaci, l'alcool, the o caffè, infezioni vescicali-uretrali oppure un'atrofia mucosa-vescicale. In questo caso una rieducazione della vescica può riportare il paziente ad una situazione di continenza. Se invece alla perdita involontaria di urine si associa una vescica sovradistesa possiamo parlare di *I.U. da rigurgito*.

Tale difetto comporta una vescica incapace di contrarsi sufficientemente, oppure un'uretra che non si apre adeguatamente al passaggio delle urine (nelle prostate iperplastiche). Ciò può avvenire quando la vescica, durante la minzione volontaria, si svuota solo parzialmente e si definisce residua l'urina rimanente. L'ideale mantenimento della continenza è stabilito da una perfetta coordinazione di alcuni nostri organi tra cui il cervello, il midollo spinale e la vescica. Anche in questo caso, ovvero, quando uno di questi distretti subisce un'alterazione più o meno rilevante, possono esserci casi di incontinenza che si definirà *I.U riflessa*.

L'Urodinamica

Nella lotta all'incontinenza, o per la rieducazione perineale della stessa, possiamo elencare oggi nuovi e più efficaci mezzi diagnostici e terapeutici, tra cui i test urodinamici.

Tra gli operatori sanitari interessati a questi nuovi strumenti vi sono oltre che al personale infermieristico anche ginecologi, urologi, fisiatri, fisioterapisti e ostetriche, ovvero quelle branche che interessano la fisiologia e la patologia pelvico-perineale nonché i vari tipi di incontinenza. La maggior parte di questi dispositivi utilizzano dei campi elettrici, pertanto sono sconsigliati l'uso da parte di portatori di pace-maker, nei casi di

donne in stato di gravidanza, in gravi cardiopatie o nelle dermatosi infettive o traumatiche.

Uno di questi strumenti sfrutta le capacità di Biofeedback (BFB) dei muscoli del piano pelvico ed è quindi un'unità di elettrostimolazione.

Tale dispositivo consta di due funzionalità principali per una completa rieducazione dell'incontinenza, sia tramite biofeedback manometrico perineale sia tramite la semplice elettrostimolazione.

Il biofeedback può essere sia di tipo pressorio (con una sonda manometrica) sia di tipo elettromiografico e serve a quantificare (tramite scala graduata in percentuale - %), il numero di contrazioni (sensibilità) dei muscoli preposti al controllo della vescica evidenziando la loro vitalità. Praticamente l'apparecchio valuterà la qualità (affaticabilità) delle fibre muscolari dell'apparato pelvico attraverso dei test standardizzati e/o personalizzati che saranno memorizzati ed analizzati.

E' strettamente consigliato ai pazienti affetti da incontinenza da sforzo (stress incontinence) solitamente dovuta a deficit sfinterico.

Inoltre a tutti quelli caratterizzati da perdite sporadiche o ripetitive di urina, durante uno sforzo di qualsiasi natura (anche un semplice colpo di tosse) ed in assenza di attività detrusoriale. Può essere altresì utile anche per i pazienti affetti da incontinenza da instabilità vescicale (urge incontinence). La frequenza delle sedute è quotidiana (all'inizio del trattamento, la prima settimana) per arrivare alle 2-3 sedute settimanali durante le successive 3 - 4. Fondamentale per il paziente è la possibilità di continuare le sedute anche a casa, con gli ovvii benefici che ciò comporta sia per l'utente che per le strutture sanitarie.

Oltre alla rieducazione manuale ed alla chinesi-terapia pelvi/perineale, la stimolazione perineale è la metodica più diffusa nel recupero della continenza, in particolar modo nei pazienti di sesso femminile. La stimolazione perineale è praticata normalmente con l'ausilio di elettrodi intra-vaginali. L'obiettivo vero e proprio è la stimolazione del gruppo

muscolare degli elevatori dell'ano e, in particolare del muscolo pubo-coccigeo. L'efficacia dell'elettrostimolazione si avvale dell'azione eccito-motoria, che provoca un aumento del tono muscolare, e dell'azione vascolare sul circolo locale.

Altri rimedi cosiddetti "palliativi" sono costituiti dai ben noti:

- Pannoloni (assorbenti)
- Guaine specifiche (condom, profilattici, ecc.)
- Mutande di plastica
- Sacche per raccolta urina, ove sussistono cateteri (da gamba, da letto)
- Cateteri a permanenza (o per svuotamento provvisorio), con tutti i problemi dovuti al loro prolungato uso:
 - Alta probabilità di infezioni
 - Intolleranza al materiale
 - Ostruzione del catetere (detriti, calcoli, incrostazioni, ecc..)
 - Perdita di urine attorno al foley

Uno degli obiettivi che si pone l'infermiere e tutta l'equipe sanitaria di fronte a quest'annoso problema è di dare ampio spazio all'informazione. Una migliore informativa al paziente di tutte quelle procedure (linee guida – direttive) e metodiche fino ad oggi conosciute, per migliorare le sue condizioni, che possono risultare alle lunghe corroboranti e vincenti (illustrazione di nuovi dispositivi e presidi). Dopo aver individuato correttamente il tipo di incontinenza e quindi aver limitato il nostro raggio d'azione a quei distretti interessati dal disturbo, possiamo intervenire con maggiore efficacia e tempestività per ridurre il problema se non proprio a risolverlo. Tutto ciò attraverso la realizzazione di protocolli "in primis" valevoli per ogni tipo di incontinenza riscontrati ed in secondo luogo mirati al caso specifico del soggetto. Tale impegno ovviamente deve essere concertato ed integrato tra le varie figure sanitarie che si alternano nel risolvimento di tale affezione, quale l'infermiere (in alcuni casi il riabilitatore), il medico specialista (tra cui il servizio di urodinamica), lo psicologo dello staff, il chirurgo e l'anestesista quando occorrono e naturalmente l'ambito familiare ove risiede la nostra persona. In quest'ottica

diviene fondamentale l'aggiornamento continuo ed appropriato di questo personale, che deve essere messo in grado di operare nelle migliori condizioni, con una strumentazione ottimale delle strutture in cui opera e aiutato nell'apprendimento di nuove tecniche e metodiche tramite meeting, stage, convegni assegnati costantemente nell'arco dell'anno.

Ancora più importante riveste tutta la parte tecnica della struttura operante, ovvero una strumentazione capace di gestire una vasta gamma di opzioni che possano garantire la risoluzione di qualsiasi tipo di incontinenza in tutte le tipologie di ricovero.

In questo modo l'equipe sarà maggiormente in grado di riconoscere nel breve tempo possibile sia il tipo di incontinenza, sia i distretti interessati dal disturbo per un'efficace e precisa diagnosi.

Gli aspetti sociali

Il più grande errore in cui potrebbe incorrere la nostra persona affetta da questo disturbo è il sottovalutare questo problema e quindi tralasciare a "tempi migliori" la risoluzione della disfunzione. Cio' può avvenire perché quest'affezione, a dispetto di tante altre (più invalidanti), permette comunque (tramite piccoli accorgimenti e lievi sofferenze) i consueti movimenti quotidiani e quindi il regolare procedere della nostra vita. Tale comportamento può cronicizzare il processo di incontinenza e dal punto di vista sociale, portare il nostro soggetto a restringere ancor più il suo raggio d'azione collettivo fino a vere depressioni.

Tale disagio si ripercuoterà ovviamente su tutta la famiglia o sulle persone contigue al nostro soggetto, che di conseguenza limiterà drasticamente ogni relazione esterna al proprio ambito con forti contraccolpi sulla sua psiche (abbassamento dell'autostima).

In effetti, l'incontinenza va ad incidere maggiormente su quelle che sono le sicurezze e le certezze della persona, che fino a quel momento erano proprie dell'individuo. E' ridimensionato perentoriamente quel senso di utilità, di potenza, di

fiducia in se stessi, sostituiti suo malgrado, da forti stati di ansia e di angoscia.

In questi casi risulterà determinante la prima figura sanitaria cui il soggetto si rivolgerà, ovvero il proprio medico di famiglia o una struttura pubblica. In entrambi i casi il sanitario presa visione del problema indirizzerà questi verso uno o più specialisti, esponendo i benefici e i trattamenti da adottare in questi casi, con tutte le forme di ricovero esistenti sul territorio.

Per questo il compito del personale sanitario risulterà indispensabile nella lotta all'incontinenza, rivelandosi adeguatamente nel quantificare la dimensione sociale di questo disturbo e di valutarne i

costi per rispondere opportunamente ed efficacemente alla costante avanzata di questo male sociale. Negli ultimi tempi, in effetti, si è vista una maggiore incidenza dei casi, in rapporto allo stimato allungamento della nostra vita.

Bibliografia

A.I.Ur.O. - M.R. Basso, G. Pavan, *Elementi di Nursing in ambito urologico* – 1995/90.

Autore:

Mauro Morroto, Chirurgia plastica, Ospedale S. Eugenio - Roma

ERRATA CORRIGE

A seguito di una corretta lettura dell'articolo "Protocollo Operativo per Infermieri nell'UOC di Emodinamica" pubblicato sulla rivista "Infermiere Oggi", numero Ottobre-Dicembre 2002, si è rilevato un errore sugli autori dello stesso.

Difatti il lavoro per aspetti diversi è stato elaborato da tutto il personale dell'UOC di Emodinamica dell'ACO San Filippo Neri, con la parte introduttiva elaborata dal dirigente del Servizio Infermieristico. Pertanto facendo seguito alle comunicazioni telefoniche con Nicola Barbato, ed al fine di dare completa visibilità al personale infermieristico dell'UOC di Emodinamica per il lavoro prodotto, onde evitare che la produzione dell'articolo in parola possa dare adito ad una interpretazione errata sugli autori, si chiede cortesemente di pubblicar nel prossimo numero della rivista "Infermiere Oggi" una errata corrige strutturata nel seguente modo:

Autori:

- DAI Pietro Del Grosso Dirigente Servizio Assistenza Infermieristica ed Ostetrica - ACO San Filippo Neri - Roma;
- C.S. Cristina De Rosa Responsabile Infermieristica Settore Dipartimentale Cardiovascolare - ACO San Filippo Neri - Roma;
- C.S. Claudio Merlin Capo Sala UOC Emodinamica - ACO San Filippo Neri - Roma;
- Sig.ra Letizia Mosca Infermiera UOC

- Emodinamica - ACO San Filippo Neri - Roma;
- Sig. Massimo D'Abate Infermiere UOC Emodinamica - ACO San Filippo Neri - Roma;
- Sig. Stefano Fabbrini Infermiere UOC Emodinamica - ACO San Filippo Neri - Roma;
- Sig.ra Elisabetta Izzo Infermiera UOC Emodinamica - ACO San Filippo Neri - Roma;
- Sig. Mario Leonetti Infermiere UOC Emodinamica - ACO San Filippo Neri - Roma;
- Sig.ra Maria Losacco Infermiera UOC Emodinamica - ACO San Filippo Neri - Roma;
- Sig.ra Anna Rita Ottaviani Infermiera UOC Emodinamica - ACO San Filippo Neri - Roma;
- Sig. Agostino Pietracatella Infermiere UOC Emodinamica - ACO San Filippo Neri - Roma;
- Sig.ra Maria Romeo Infermiera UOC Emodinamica - ACO San Filippo Neri - Roma;
- Sig.ra Anna Maria Rossetti Infermiera UOC Emodinamica - ACO San Filippo Neri - Roma;
- Sig.ra Marinella Spaziani Infermiera UOC Emodinamica - ACO San Filippo Neri - Roma;

RingraziandoVi sin d'ora per la correzione che sarà apportata, si inviano i più cordiali saluti.

DAI Pietro Del Grosso
Dirigente Servizio Assistenza Infermieristica ed Ostetrica - ACO San Filippo Neri - Roma

L'inserto

**Relazione
del Presidente
all'assemblea
degli Iscritti**

2003



Relazione del Presidente all'assemblea degli iscritti 2003

Il mandato affidato al nuovo Consiglio Direttivo cade in un momento storico particolare e delicato della sanità italiana, alle prese con la duplice e difficile sfida del confronto competitivo europeo e di una politica sanitaria nazionale in crisi d'identità. I principi normativi ispirati alla devolution mostrano nell'attualità pratica limiti crescenti e contrasti stridenti, tanto che il processo di regionalizzazione sanitaria genera scontri aperti tra Governo e Regioni.

In una fase tanto critica, l'azione del Collegio può e deve essere incisiva, anche in virtù del peso specifico che il Collegio di Roma ha saputo conquistarsi nel panorama infermieristico nazionale e internazionale. Un punto di riferimento, insomma, da cui i colleghi di tutta Italia si aspettano qualcosa di buono per la professione e per il suo futuro.

Un futuro che non si presenta roseo anche se pieno di opportunità, non semplice ma potenzialmente esaltante e che può essere

condizionato in positivo dal contributo che arriva dall'interno della professione infermieristica, da noi tutti e dal Collegio che ci rappresenta.

Le sfide sul tappeto sono molteplici e si giocano su piani diversi; così pure dovranno essere le risorse da mettere in campo. A partire dall'impegno a vigilare sulla produzione normativa che attiene alla professione infermieristica e che talvolta la minaccia, mettendo a rischio le straordinarie conquiste messe nel panierre negli ultimi anni.

Le Regioni, ad esempio, spingono per approvare direttamente in sede di Conferenza Stato-Regioni il riconoscimento formale della figura dell'operatore socio-sanitario. E' una questione che tocca da vicino l'attività infermieristica e che può produrre effetti positivi sul livello dell'assistenza solo a condizione che siano stabiliti opportuni ambiti di competenza. Vigileremo dunque sul reale impiego degli operatori socio-sanitari affinché sia





scongiurato il rischio di ricreare la figura dell'infermiere generico, ormai lontana dall'attualità storica e culturale della nostra professione.

Come pure preoccupa l'orientamento che va sviluppandosi in relazione alla legge delega sulle professioni sanitarie, anche in questo caso con il rischio che siano poste in discussione molte conquiste ottenute negli ultimi anni dagli infermieri italiani.

E poi il complesso confronto sul piano internazionale che, con il nuovo assetto a livello di Unione europea, costringe la nostra professione a misurarsi con altre esperienze nazionali. Non sempre si tratta di un confronto costruttivo, come nel caso dei sistemi di accreditamento all'esercizio della professione.

Il momento è cruciale per contrastare l'inaccettabile disparità fra sistemi di accreditamento diversi che minacciano di livellare in basso il grado di competenza professionale degli infermieri, con la libera circolazione dei lavoratori in ambito Ue che presto ci farà imbattere in colleghi che esercitano in Italia grazie all'accREDITAMENTO sancito da organismi che non garantiscono il rigore della formazione imposta ai colleghi italiani, poco verificabili e potenzialmente interes-

sati più agli aspetti commerciali che non quelli deontologici.

Un mercimonio di abilitazioni che proprio non possiamo accettare e che contrasteremo con forza e a tutti i livelli, grazie anche a una collaudata rete di relazioni internazionali con i colleghi europei.

In questa relazione è riportata una breve sintesi delle attività che il Collegio svolge attraverso il lavoro delle sue commissioni e soprattutto gli obiettivi operativi che queste si pongono per il triennio 2003-2005. Con l'impegno coordinato delle diverse commissioni, il Collegio punta così a consolidare i risultati conseguiti dopo anni di rivendicazioni e, al contempo, a tracciare le linee di uno sviluppo professionale ulteriore, improntato all'innovazione e alla competenza scientifica.

Senza anticipare i contenuti delle sintesi predisposte dalle singole commissioni, si può affermare che l'azione del Collegio nel prossimo triennio dovrà necessariamente risultare poliedrica e interdisciplinare, contemporaneamente attiva su più fronti, attenta e scrupolosa. Dovrà sviluppare la conoscenza e la ricerca clinica, l'evidenza basata sulla pratica con modelli assistenziali innovativi, il trasferimento delle conoscenze teoriche nel campo operativo.

Sul piano normativo e regolamentare lo sforzo dovrà essere concentrato sugli effetti e le necessità scaturite dall'abrogazione del mansionario e dallo storico passaggio dallo status di professione ausiliaria a quello di professione sanitaria a tutto tondo, con nuove e maggiori responsabilità per l'infermiere, l'obbligo di un aggiornamento costante ed efficace e la verifica delle proprie capacità professionali.

Si tratterà anche di riempire i vuoti legislativi conseguenti con un'adeguata definizione degli ambiti professionali. Siamo oggi costretti a misurarci con principi generali che generano frequenti quesiti tra i colleghi: ma io posso fare questo? Debbo fare quello? Che discrezionalità ho nell'erogare questa o quella prestazione professionale? E troppo spesso le domande restano prive di risposta.

A questo scopo il Collegio ha istituito uno speciale gruppo di lavoro, una sorta di task-force professionale costituita da esperti in diverse materie, per esprimere pareri articolati su questo tipo di problemi. Un lavoro destinato peraltro a fare "giurisprudenza" fissando riferimenti utili allo stesso legislatore e a promuovere la cultura infermieristica nella sua accezione più ampia.

Alla sua attività più classica di tenuta e aggiornamento dell'Albo e ai servizi che da anni vengono dispensati agli iscritti, il Collegio intende quindi affiancare una serie di nuove iniziative.

L'ampliamento del Centro di documentazione è tra le priorità indicate nel programma, per supportare al meglio i colleghi che intendono impegnarsi nel campo della ricerca e chiunque desideri approfondire materie e know-how specifici. Un obiettivo che sarà possibile cogliere con l'ormai prossimo trasferimento nella nuova sede che consentirà di riservare uno spazio fisico idoneo ad accogliere un Centro di documentazione così potenziato. Su tale progetto il Collegio prevede di investire una cospicua quantità di risorse, per rendere più agevole e produttivo lo sforzo messo in campo nel settore della ricerca infermieristica.

Importante sarà anche il contributo innovativo dato dalla creazione di un sistema "thesaurus" per la ricerca rapida, attraverso la tecnica delle parole chiave, delle pubblicazioni contenute nella biblioteca del Collegio. Inoltre, saranno attivati corsi di formazione specifici sulla ricerca bibliografica finalizzati all'ottenimento di crediti formativi.



Tra le altre iniziative in cantiere, spicca la costituzione di un gruppo permanente di ricerca infermieristica capace di produrre risultati scientifici su preciso mandato del Consiglio direttivo e, dopo il successo ottenuto dalle precedenti edizioni, la riproposizione del bando per il conferimento di borse di studio per la presentazione di progetti di ricerca.

Anche in riferimento all'Ecm il Collegio dovrà recitare un ruolo di primo piano, investendo perciò notevoli energie e risorse finanziarie. Ruolo che si traduce nel divenire il riferimento istituzionale nel controllo del programma Ecm e nel costituire il provider per alcuni eventi concernenti i contenuti etici e deontologici della professione.

Il Collegio parteciperà agli specifici programmi predisposti dal Ministero della Salute e della Regione Lazio. Non rinuncerà tuttavia ad insistere affinché siano le stesse Aziende sanitarie a finanziare lo svolgimento dei corsi Ecm attraverso i rispettivi Piani formativi aziendali. Non tutto il peso di un servizio assistenziale di qualità può infatti ricadere sulle spalle degli infermieri che sono sì pronti al sacrificio, ma non al martirio.

Un impegno notevole va inoltre profuso per altri aspetti della formazione, a cominciare dall'implementazione dei corsi di master e dalla concreta attivazione della laurea specialistica, non ancora decollata. Fitto è anche il programma dei corsi di aggiornamento, con un deciso incremento di quelli realizzati con la formula itinerante, per raggiungere i partecipanti direttamente sul loro posto di lavoro, agevolandoli anche sotto il profilo degli orari.

Sul fronte dell'organizzazione del lavoro, il Collegio, per quanto di sua competenza, dovrà battersi per il pieno recupero delle Piante organiche, condizione indispensabile ad avviare una riorganizzazione complessiva dell'assistenza non più rinunciabile.

Come pure occorrerà proseguire nell'azione di pressing sulla Regione e sulle Aziende sanitarie e ospedaliere affinché vengano attivati al più presto i Servizi infermieristici. In questa direzione l'Assessorato alla Salute della Regione Lazio si è

impegnato ad esercitare ogni debita pressione sulle Asl. Da parte sua, il Collegio presterà la massima attenzione all'esigenza di concretizzare tale fondamentale strumento organizzativo.

Accanto a un impegno costante nell'affiancare quei colleghi, sempre più numerosi, che hanno intrapreso la carriera di docente universitario e a quanti esercitano la libera professione, per la quale verrà attivato un apposito sportello di consulenza, il Collegio metterà in campo una serie numerosissima di iniziative nei più diversi campi del sapere e dell'attività infermieristica.

In questa sede, piace sottolineare lo sforzo che si sta compiendo per allestire il grande congresso che a giugno metterà di fronte le nostre esperienze con quelle dei colleghi statunitensi. E nella medesima ottica dello scambio di esperienze e conoscenze, forte anche dell'immagine che ha saputo costruirsi negli anni addietro in ambito internazionale, il Collegio curerà l'organizzazione dei viaggi di studio nei Paesi a sanità più avanzata per poter cogliere indicazioni utili a prevenire i problemi e ad evitare errori.

Tutto ciò sarà possibile solo con il coinvolgimento attivo e convinto di tanti colleghi. Da qui la necessità di implementare la partecipazione degli iscritti alle attività delle commissioni e del Consiglio direttivo, alle tante iniziative programmate, a quelle che insieme dovremo progettare.

Indispensabile è quindi un contatto diretto e costante con i luoghi di lavoro, con i problemi che ogni giorno affliggono gli infermieri. Nel prossimo triennio puntiamo perciò ad accrescere sensibilmente la rete dei referenti del Collegio in tutti gli ospedali, le cliniche, gli ambulatori di Roma e della provincia.

Così pure riserveremo un maggior spazio al contributo dei colleghi per la redazione della rivista, intesa sempre più come strumento di comunicazione a disposizione degli iscritti per lo scambio di esperienze e valutazioni. In questa direzione s'inquadra l'ambizioso piano di sviluppo del sito Internet, con la conseguente implementazione dei servizi on-

line, compresi quelli della formazione a distanza e all'accreditamento Ecm attraverso il web.

Riportiamo di seguito le relazioni predisposte dalle singole commissioni per l'attività del Collegio nel triennio 2003-2005.

COMMISSIONE CONSULENZA PER LE COMPETENZE PROFESSIONALI

La Commissione di consulenza per le competenze professionali è formata da: Nicola Barbato, Rodolfo Cotichini, Maria Vittoria Pepe, Gennaro Rocco e Marco Tosini. Il Referente è Gennaro Rocco.

La Commissione è stata costituita con la Deliberazione del Consiglio Direttivo n. 5 del 27 gennaio 2003, con il **mandato** di affrontare e risolvere le questioni riguardanti l'esercizio della professione infermieristica, questioni che impegnano moltissimo il nostro consulente legale e affliggono numerosi professionisti.

Occorre applicare alle situazioni concrete nelle quali tutti i giorni gli infermieri sono impegnati, i principi che definiscono il campo di competenza e i suoi limiti, e dunque la responsabilità professionale dell'infermiere dopo la promulgazione della Legge 26 febbraio 1999 n. 42 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie), della quale si ricordano le principali innovazioni:

– il comma 1 dell'art.1 dispone che la denominazione di "Professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie (approvato con regio decreto 1265/1934 e successive modificazioni), nonché in altre disposizioni di legge, sia sostituito dalla denominazione "professione sanitaria";

– il comma 2 dello stesso art. 1 dispone l'abrogazione del DPR 225/1974, per cui il campo di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario nonché degli specifici codici deontologici.

Per comprendere gli aspetti innovativi della legge 42/99 per quanto concerne l'autonomia e la responsabilità profes-

sionale dell'infermiere, è necessaria una riflessione sui seguenti punti:

– la sostituzione della denominazione "professione sanitaria ausiliaria" con quella di "professione sanitaria" attribuisce all'infermiere un ambito autonomo e non derivato di attività, al quale corrisponde l'assunzione in proprio di responsabilità nei confronti dell'assistito;

– la definizione del campo di competenza, finalizzata ad individuare il corrispondente campo di responsabilità professionale e ad evitare di incorrere, reciprocamente, nelle fattispecie dell'esercizio abusivo della professione (art. 348 c.p.), è risolta dal riferimento al profilo professionale, al codice deontologico e all'ordinamento didattico.

La nuova disciplina impone all'infermiere l'assunzione di maggiori responsabilità e l'obbligo di aggiornarsi costantemente e di verificare le proprie capacità professionali. L'attenzione si sposta sull'aspetto sostanziale della capacità di svolgere determinati compiti e di rendere un servizio adeguato, mentre sfuma l'aspetto formale, rappresentato dall'obbligo ad attenersi a compiti rigidamente individuati per legge.

L'assunzione in proprio di responsabilità da parte dell'infermiere comporta l'obbligo di sopportare le conseguenze previste dalla legge per un comportamento illecito che abbia cagionato a terzi un danno ingiusto. Premesso che il professionista non garantisce il risultato (obbligazione di risultato), bensì la prestazione della propria opera con la competenza e la diligenza del professionista medio (obbligazione di mezzi), e che, se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici complessi, il professionista risponde dei danni soltanto per dolo o colpa grave, possono essere individuati alcuni criteri per l'accertamento della gravità della colpa:

- violazione del dovere di preparazione ed aggiornamento professionale
- violazione del dovere di informazione al paziente
- violazione del dovere di prevenire ed eliminare le possibili conseguenze dannose ricollegabili a complicazioni insorte in seguito a un trattamento sanitario.

Chiariti i principi su cui si basa l'attività di consulenza svolta dalla Commissione, la strategia adottata sarà quella di effettuare una ricognizione dei casi proposti dagli iscritti e costituire un database, a decorrere dal 1° gennaio 1999, effettuare una ricognizione della casistica rilevabile dalla giurisprudenza, dalla letteratura professionale, dal web, da inserire nel database, esaminare i nuovi casi con la consulenza dell'Avv. Alessandro Cuggiani, ed inserirli nel database.

Nel termine del triennio la Commissione intende pubblicare un dossier sull'attività di consulenza e sulla documentazione raccolta.

COMMISSIONE RAPPORTI CON GLI ISCRITTI E RELAZIONI PUBBLICHE

La commissione Rapporti con gli iscritti e relazioni pubbliche è composta da: Gianfranco Del Ferraro (referente), Maurizio Fiorda, Matilde Napolano, Luigi Patrizi, Emanuela Tiozzo. La commissione si rivolge a tre ambiti di azione specifici:

- Comunicazione con gli iscritti;
- Relazione con le Associazioni e le Istituzioni;
- Rapporti con i cittadini.

Questa commissione ha identificato una serie di obiettivi da realizzare nell'arco del triennio. Alcuni, considerati prioritari, sono stati già realizzati, altri sono ancora oggetto di impegno di tutti i membri costituenti la commissione.

Sono state potenziate e portate avanti tutta una serie di attività che hanno visto impegnati Consiglieri, anche di altre commissioni, per cercare di raggiungere il massimo risultato. Tali attività ed iniziative sono:

- Internet con sito WEB del Collegio di Roma;
- La rivista "Infermiere Oggi";
- Televideo regionale RAI 3 pagina 439;
- Consulenza legale;
- Viaggi di studio;
- Corsi di aggiornamento itineranti;
- Incontri periodici con i referenti di tutti gli ospedali di Roma e Provincia;
- Campagne di promozione della professione infermieristica per incentivare i giovani ad iscriversi ai corsi universitari.

Inoltre sono state realizzate e sostenute una serie di iniziative che hanno visto coinvolti tantissimi infermieri a contatto con i cittadini, istituzioni ed Associazioni, prima fra tutte, la collaborazione con la Komen Italia per promuovere la prevenzione del tumore al seno.



Sono state realizzate, in collaborazione con Associazioni mediche ed infermieristiche, numerose giornate di studio su temi specifici legati alle singole associazioni, nelle quali sono stati coinvolti moltissimi colleghi esperti dei singoli temi trattati.

Si sono tenuti rapporti con tutti i rappresentanti delle massime istituzioni politiche per sostenere gli iter legislativi riguardanti la professione infermieristica.

E' stata promossa l'iniziativa "Note d'arte e cultura" per celebrare la giornata internazionale dell'infermiere.

Si sono state realizzate interviste per radio, tv, giornali per mantenere l'attenzione su una serie di norme legislative che hanno cambiato notevolmente il volto di una professione oramai cresciuta e che merita il massimo rispetto e considerazione. Inoltre è stata elaborata la "Carta dei Servizi" offerti dal Collegio con tutte le indicazioni necessarie per accedervi.

Tutto ciò rappresenta molto per chi segue e sostiene tutte queste attività.

La Commissione è disponibile a ricevere ulteriori proposte o suggerimenti da tutti i colleghi tramite fax, e-mail o direttamente al Collegio IPASVI il lunedì ed il giovedì pomeriggio.



COMMISSIONE AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE

La Commissione Aggiornamento e Formazione, composta da: Maria Cipoloni, Gianfranco Del Ferraro, Mario Esposito, Matilde Napolano, Maria Vittoria Pepe, Ausilia Pulimeno (referente), Marco Tosini e Carlo Turci.

In questo triennio (2003/2005), tenuto conto del continuo e veloce evolversi della figura dell'infermiere, sia dal punto di vista legislativo che dal punto di vista professionale, la commissione ritiene opportuno, tramite i suoi rappresentanti, mettere in atto tutta una serie di iniziative con l'obiettivo di far crescere la consapevolezza e la responsabilità degli iscritti soprattutto per quanto attiene ai comportamenti etici e morali che vengono richiesti, coerentemente ai principi della professione, dalla società, dalle Istituzioni e dal cittadino in particolare, rispettando e aderendo alle norme dettate dal nostro Codice Deontologico e fornire, allo stesso tempo, una adeguata assistenza infermieristica basata sui principi di qualità.

Pertanto i temi su cui pensiamo di puntare l'attenzione e la riflessione nel triennio in corso, saranno relativi alla:

- deontologia professionale;
- qualità dell'assistenza: gli strumenti ed i metodi;
- E.B.N.;
- gestione dell'assistenza: modelli concettuali e legislativi.

E' stato preso in considerazione anche che, se nel triennio dovessero emergere situazioni o bisogni formativi di aree diverse da quelle citate, la Commissione si fermerà a riflettere sulle opportunità più rispondenti con l'intento di approfondire i temi richiesti nell'interesse dei professionisti.

Tutto questo verrà messo in atto organizzando giornate monotematiche anche in collaborazione con associazioni professionali infermieristiche, società scientifiche, Università, altri Ordini Professionali o semplicemente con gruppi di colleghi esperti disposti a progettare insieme a noi percorsi formativi interessanti.

Un'altra modalità percorribile pensiamo sia lo sviluppo di giornate itineranti, che tanto successo hanno raccolto in passato, andando a coinvolgere gli infermieri direttamente sui luoghi di lavoro e nel contempo favorendo la partecipazione di colleghi che hanno maggiore difficoltà a raggiungere posti lontani dal luogo dove esercitano la loro professione.

Un impegno importante, già in cantiere per il 2003, è rappresentato dalla Seconda Conferenza sul "Sapere Infermieristico in una prospettiva internazionale" che si terrà a Roma il 24 e 25 giugno, con l'obiettivo di focalizzare la discussione sul contributo dell'infermieristica nell'innovazione dei sistemi sanitari, puntando soprattutto sulle tematiche riguardanti le decisioni correlate alla Riforma dell'assistenza sanitaria, alla qualità dell'assistenza, alla pratica basata sull'evidenza scientifica e allo stato dell'arte della formazione infermieristica ai suoi vari livelli.

Altro impegno che la Commissione si prefigge è l'elaborazione dei dati del questionario conoscitivo elaborato lo scorso anno ed utilizzato nel corso delle iniziative di aggiornamento svoltesi del 2002, sul fabbisogno formativo degli iscritti e pensiamo di concludere la valutazione a breve scadenza pubblicando poi i risultati dell'indagine.

Riteniamo altresì importante portare avanti l'impegno relativo alla formazione degli infermieri extracomunitari relativamente all'acquisizione delle loro conoscenze sulle disposizioni legislative e Codice Deontologico della professione infermieristica in Italia.

Contemporaneamente, ed in attesa dell'emanazione di linee guida specifiche da parte del Ministero della Salute per l'accreditamento professionale degli iscritti agli Albi, rimane il nostro obiettivo principale vigilare sugli eventi formativi ECM (Educazione Continua in Medicina) organizzati da vari Enti e/o Istituzioni, indirizzati agli infermieri, controllando la rispondenza degli obiettivi e dei contenuti formativi allo specifico professionale infermieristico.

La Commissione si impegna, inoltre, in questo triennio, a consolidare ancora

di più i rapporti con le varie sedi formative presenti sul nostro territorio, sia relativamente alla formazione universitaria, sia alla formazione permanente, convinti che attivando e incrementando la rete di relazioni e partecipazioni a tali livelli, si possa migliorare ed elevare sia la qualità della formazione che la rispondenza dell'assistenza infermieristica al fabbisogno dei cittadini.

COMMISSIONE LAVORO E LIBERA PROFESSIONE

La Commissione lavoro e libera professione per il triennio 2003-2005 è composta da: Matilde Napolano, Maria Vittoria Pepe, Maria Grazia Proietti, Ausilia Pulimeno ed è coordinata da Francesca Premoselli.

Gli obiettivi che la Commissione intende continuare a perseguire sono:

• Osservatorio provinciale sulla libera professione

– anagrafe degli iscritti che esercitano la libera professione, sia di coloro che svolgono attività in forma individuale che di coloro che esercitano in forma associata. Essa viene aggiornata ogni sei mesi.



- **Vigilanza**
 - controllo iscrizione al collegio IPA-SVI dei professionisti sia per coloro che svolgono attività individuale che per coloro che svolgono attività in forma associata;
 - sulla pubblicità sanitaria;
 - sul rispetto delle tariffe a concorrenza sleale;
 - sull'esercizio esclusivo della professione;
 - sul rispetto dei comportamenti e della deontologia.

- **Certificazione**
 - verifica dell'iscrizione all'albo;
 - verifica dell'iscrizione alla Cassa di Previdenza;
 - concessione nulla osta alla pubblicità sanitaria,
 - validazione parcelle.

- **Consulenza**
 - sul significato della libera professione;
 - sugli strumenti della libera professione: regolamento, tariffario;
 - di tipo professionale.

Gli obiettivi del nuovo programma sono:

- attivare uno sportello di consulenza per tutti i professionisti (lunedì dalle 17.00 alle 18.00);

- instaurare rapporti di collaborazione con il Consiglio di Amministrazione della Cassa di Previdenza per ottimizzare l'attività di sportello;
- attivare incontri periodici con il Legale del Collegio ed i professionisti;
- controllare le società di servizi che utilizzano personale infermieristico presso aziende pubbliche e private;
- controllare le professionalità che aderiscono alle società di servizi;
- organizzare incontri periodici con i professionisti per conoscere le loro necessità formative ed organizzare corsi personalizzati.

Gli aspetti totalmente innovativi che la Commissione intende perseguire sono:

- consulenza ai professionisti dipendenti nell'applicazione del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro;
- consulenza ai Direttori Generali e ai

Servizi Infermieristici per l'applicazione del CCNL: contratti di formazione lavoro, prestazioni aggiuntive, contratti a tempo determinato ai sensi della Legge n. 1/2002, ecc;

- consulenza alle Organizzazioni Sindacali e all'A.R.A.N. per la redazione del CCNL 2002-2005;
- verifica dell'istituzione dei servizi infermieristici presso le Aziende Sanitarie pubbliche e private (organizzazione e funzionamento).

• **La Cassa di Previdenza**

Tutti i soggetti iscritti al Collegio Provinciale IPASVI che esercitano la libera professione si devono iscrivere alla Cassa di Previdenza e più specificatamente coloro che sono titolari di partita Iva, soci di studi associati, collaboratori coordinati e continuativi.

La Cassa è un Ente di previdenza di categoria che garantisce al termine e durante la vita professionale una serie di trattamenti previdenziali.

• **Procedure amministrative per l'iscrizione**

Tra i requisiti indispensabili per usufruire dei trattamenti pensionistici è previsto il requisito di almeno 5 anni di effettiva e continuativa contribuzione. Dal gennaio 2002 la Cassa ha cominciato ad erogare le prime pensioni agli aventi diritto. Per conoscere meglio la Cassa si può richiedere il vademecum presso la Cassa di Previdenza e Assistenza Ipasvi – Via Agostino Depretis, 86 - 00184 Roma, o presso il Collegio Ipasvi di Roma – Via Principe Eugenio, 90.

COMMISSIONE DOCUMENTAZIONE E BIBLIOTECA

La commissione Documentazione e Biblioteca è composta da Carlo Turci (referente), Matilde Napolano, Luigi Partrizi, Maurizio Fiorda e Stefano Casciato.

E' stata istituita con delibera di Consiglio Direttivo il 27 gennaio 2003. La Commissione in collaborazione con le biblioteche Alessandra Bonfigli, Edvige Fanfera ed il web master Fabrizio Tallari-

ta ha redatto le linee programmatiche per il triennio 2003-2005.

La biblioteca – Centro di Documentazione e Ricerca rappresenta ormai una realtà di riferimento per gli infermieri di Roma e non solo, dove intensa è la produzione, l'offerta e l'elaborazione di informazioni e dati, necessari alla ricerca ed all'attività professionale.

1. Indicizzazione delle riviste

La Commissione Biblioteca si pone come obiettivo prioritario per il prossimo triennio la creazione di un thesauro-soggettario delle scienze infermieristiche. La realizzazione di tale complesso progetto, si rende quanto mai sempre più necessario per lo sviluppo culturale della professione infermieristica. La struttura del thesauro deve infatti riflettere la struttura scientifica della nostra disciplina. Oltre a questa fondamentale motivazione il thesauro si porrà come elemento di raccordo tra l'incremento dell'acquisizione del patrimonio bibliografico, la ricerca bibliografica propriamente detta ed il reperimento degli articoli dalle riviste.

La redazione di un thesauro si poggia in via prioritaria sull'ardua pratica dell'indicizzazione delle riviste, la quale a sua volta comporterà preliminarmente due fasi relative a contributi professionali distinti:

- L'acquisizione di un software di ricerca – interrogazione avanzato sul modello in uso nel Cinhal;
- L'indicizzazione della rivista, che si basa sulle seguenti procedure bibliotecomiche:
 - individuazione dell'articolo/articoli da indicizzare e redazione di unità informative attraverso un'accurata descrizione bibliografica: individuazione dei campi Autore, Ente autore, titolo, fonte (titolo rivista, annata, anno, fascicolo, pagine), sommario (abstract), sul modello Cinahil Nursing;
 - estrapolazione della parola/parole chiave rappresentative del soggetto trattato; creazione della lista dei soggetti e linguaggi documentari (THESAURO costruito dai termini rappresentativi del documento – PAROLE CHIAVE).

Per soddisfare tali obiettivi la Commissione propone di avvalersi della colla-

borazione ed assistenza dell'attuale personale consulente. Specificatamente per l'individuazione della parola chiave/soggetto (rappresentazione del documento) si rende necessario ed insostituibile il coinvolgimento dei componenti la commissione, della bibliotecaria e dei colleghi infermieri in qualità di esperti della disciplina. L'individuazione del termine si configura infatti come il momento più delicato dell'indicizzazione poiché il termine scelto rappresenta l'accesso al documento attraverso concetti che debbono essere significativi sia per il documento sia per il potenziale utente.

La complessità delle procedure di indicizzazione determinano l'assoluta necessità che questo tipo di lavoro venga effettuato con la collaborazione dei colleghi. Pertanto la Commissione propone al Consiglio ed agli iscritti di costituire un gruppo operativo che lavori esclusivamente sulle PAROLE CHIAVI.

Tale gruppo operativo può essere individuato da infermieri opportunamente formati al proposito attraverso corsi di aggiornamento finalizzati alla propeudeutica della ricerca bibliografica e dell'indicizzazione. La Commissione propone a tal fine lo svolgimento di tre corsi base di aggiornamento per il 2003 il cui programma è di seguito specificato:



Corso di formazione “Metodologia e strumenti per la ricerca bibliografica”

La Commissione, visto il notevole interesse suscitato nelle edizioni precedenti, ritiene opportuno riproporre corsi di formazione sulla ricerca bibliografica finalizzati sia ai crediti formativi sia alla formazione di personale interessato all'indicizzazione con i seguenti obiettivi:

- fornire le conoscenze di base per un approccio sistematico alla bibliografia in quanto Scienza dell'Informazione, per il corretto uso degli strumenti bibliografici di repertori, banche dati nazionali e internazionali e per redigere in forma standardizzata una corretta ed esauritiva bibliografia di ricerca;
- sviluppare un atteggiamento di aiuto – apprendimento continuo attraverso la lettura di pubblicazioni specifiche alla professione;
- acquisire una capacità di ricerca bibliografica utilizzando fonti italiane e straniere avvalendosi di strumenti informatici e telematici.

Il primo corso, che potrà essere tenuto nel prossimo mese di maggio, come già ampiamente collaudato, si articola in quattro parti:

PARTE I^a: propedeutica

- Che cosa è la bibliografia
- L'ambito della Bibliografia
- Usi della Bibliografia in generale

PARTE II^a: strumenti attuali nel campo della ricerca per le Scienze Infermieristiche e valutazione qualitativa e quantitativa dei servizi informativi attualmente disponibili.

- La situazione nazionale
- Documentazione e informazione online Med Line, Cinhal Nursing and Allied Science. Analisi della scheda di citazione.
- Internet e Scienze Infermieristiche. La qualità, quantità e pertinenza dell'informazione reperita.
- Strumenti per la ricerca in rete.

PARTE III^a: standards bibliografici per la descrizione differenziata delle diverse tipologie dei documenti.

- Come fare una descrizione bibliografica.
- Analisi dei vari standard descrittivi.
- Come fare una bibliografia per la tesi
- Ipotesi di lavoro per una redazione di un repertorio bibliografico tematico per le Scienze Infermieristiche

PARTE IV^a: esercitazioni

Ai corsi propedeutici dovrà necessariamente fare seguito un corso avanzato che si potrà svolgere presumibilmente nel 2004, il cui programma sarà costituito dall'approfondimento delle tematiche svolte nei corsi base con particolare riferimento alle procedure biblioteconomiche relative al processo dell'indicizzazione dell'articolo. I partecipanti al Corso avanzato saranno i colleghi che parteciperanno attivamente alla stesura del Thesaurus.

L'attuazione del progetto su indicato non potrà in ogni modo prescindere dall'incremento del patrimonio bibliografico. Nel corso del prossimo triennio la Commissione infatti propone di ampliare con le ultime novità editoriale nel campo del Nursing e delle scienze affini il patrimonio bibliografico della Biblioteca onde fornire all'utente le novità scientifiche più rilevanti pubblicate nel settore delle Scienze Infermieristiche. Altresì importante appare la conferma dei rinnovi degli abbonamenti alle riviste italiane e straniere per la conoscenza dell'avanzamento della ricerca in campo nazionale e internazionale, nonché ovviamente, il rinnovo dell'abbonamento al Cinhal.

2. Giornate di consultazione

La Biblioteca – Centro di Documentazione attualmente è a disposizione degli iscritti per la consultazione dei libri e delle riviste il Giovedì dalle ore 15.00 alle ore 18.00, mentre si propone di confermare la giornata del martedì per la consultazione della Banca dati del Cinhal dalle ore 10.00 alle ore 13.00 e la giornata del mercoledì dalle ore 15.00 alle ore 18.00 per la consultazione dei libri e delle riviste.

3. Informazione

Le informazioni Bibliografiche relati-

ve ai documenti presenti in Biblioteca sono immagazzinati nel software denominato CATALOGO che offre il recupero dell'informazione attraverso l'indice dei soggetti, autore, titolo, e la classe attribuita al documento. Questa Commissione propone la pubblicazione di una locandina cui riportare tutte le pubblicazioni edite dal Collegio, tutte le riviste in abbonamento, le modalità di consultazione della Biblioteca – Centro di Documentazione.

4. Incremento degli spazi

Si ritiene opportuno porre l'esigenza dell'incremento degli spazi destinati alla biblioteca nella consapevolezza che la migliore fruizione da parte degli utenti nonché per l'attuazione di progetti futuri debba necessariamente passare per una migliore organizzazione della sistemazione del materiale documentario. Si propone quindi l'acquisto di mobili per l'arredo dei futuri locali.

5. On line: notizie dal Collegio I.P.A.S.V.I. di Roma

Dal Televideo al Web...

E' già da molti anni che il Collegio Ipa-svi di Roma offre l'informativa aggiorna-

ta sugli eventi ai propri iscritti, gestendola con svariati strumenti: quello diciamo "storico", oltre alla rivista **Infermiere Oggi**, è senza dubbio il **Televideo Rai** che, senza la pretesa di volersi sostituire ad altri mezzi di informazione, riesce a raggiungere un vasto bacino d'utenza con notizie *flash* aggiornatissime su tutto quanto fa *infermiere* a Roma.

Questo nuovo Consiglio Direttivo, tra le linee programmatiche del triennio che si accinge ad affrontare, non solo intende mantenere tale strumento, ma intende mettere in opera tutte quelle azioni atte a migliorarlo e potenziarlo.

Continua invece la grande avventura di internet e del sito web *ipasvi.roma.it* iniziata nel 1999.

Si tratta di un sito di straordinario interesse in quanto raccoglie le informazioni relative all'attività del nostro Collegio (corsi di aggiornamento, formazione, rivista, gruppi di ricerca e commissioni, biblioteca – centro di documentazione, referenti, documenti) e le news sulla professione infermieristica e sulla sanità in genere. Particolarmente interessante le pagine dedicate ai "TESTI ON LINE". Il Collegio mette a disposizione degli operatori sanitari, interamente on line ed a titolo gratuito, la COLLANA ARCOBALENO, frutto della collaborazione dei colleghi che hanno partecipato in qualità di relatori ai convegni tenuti a Roma e in provincia. I file sono in formato .PDF allo scopo di rendere accessibile a tutti la consultazione.

Il sito nato quasi timidamente per aumentare i mezzi a disposizione per raggiungere l'iscritto, ha raggiunto invece il vero scopo della rete web, ovvero la fruibilità *a tutto tondo* sia in Italia che all'estero.

Di grande importanza, infatti, è stata l'affermazione della versione web multilingua del sito www.ipasvi.roma.it che, nella localizzazione in Inglese e Spagnolo, offre informazioni agli utenti afferenti dall'estero sui servizi offerti dal Collegio Ipa-svi di Roma.

Di importanza basilare, certo, nei rapporti di reciprocità che intercorrono tra gli altri paesi, come per lo scambio di esperienze e risorse con realtà spesso diverse per cultura o formazione.



Tra le prospettive future di implementazione c'è anche di localizzare la rivista "InfermiereOggi" in Inglese e Spagnolo (in fase preliminare solo per gli articoli clinici ed editoriali), e di indicizzarla assieme alla versione italiana con una ricerca ed estrapolazione in *fulltext*.

Sarebbe il primo sito italiano, tra i Collegi Ipasvi, ad offrire gratuitamente un tale servizio...

Sull'onda delle direttive ministeriali in tema di Educazione Continua in Medicina, tale Collegio intende avviare progetti formativi secondo le modalità della "**formazione a distanza**", ma soprattutto nello specifico della "formazione on-line", utilizzando il sito web come base di partenza per le infrastrutture tecnologiche necessarie per i progetti formativi.

COMMISSIONE RICERCA INFERMIERISTICA

La Commissione Ricerca Infermieristica è formata da: Nicola Barbato (referente), Rodolfo Cotichini, Mario Esposito, Maria Grazia Proietti, Emanuela Tiozzo e Carlo Turci.

Dopo attenta e scrupolosa analisi, la commissione, valutato attentamente il lavoro svolto nei precedenti anni e sensibile allo sviluppo continuo professionale che gli infermieri stanno vivendo quotidianamente in ogni ambito lavorativo, ha ritenuto di elaborare un documento programmatico in cui si enunciano gli obiettivi prioritari.

I recenti sviluppi in campo formativo specialistico, la possibilità di percorsi di alta formazione universitaria (dottorato di ricerca), l'assetto giuridico professionale, richiedono agli infermieri la valorizzazione della

scienza infermieristica sotto tutti i suoi aspetti dalla pratica quotidiana, agli ambiti organizzativi e manageriali, alla formazione e aggiornamento professionale. Ognuno noi è consapevole che alla base di questa valorizzazione vi è un elemento fondamentale a cui, oggi, nessun infermiere può sottrarsi, la ricerca. La ricerca rappresenta l'essenza di una scienza, ne certifica la sua esistenza in quanto scienza è parte integrante e di sviluppo della professione stessa.

L'infermieristica italiana oggi vive questa necessità di dimostrare di essere una disciplina sostenuta dalla scienza che solo la ricerca può conferire. Spesso la ricerca è percepita come un processo complesso che viene attuato solo da alcuni rari colleghi e la cui ricaduta nella pratica quotidiana è scarsa o del tutto inesistente. Sicuramente rappresenta l'ambito più difficile e meno percorso dagli infermieri, riconosciamo difficoltà oggettive relative al tempo e alle risorse economiche, una superficiale preparazione nell'affrontare percorsi di ricerca scientifica, scarsità di offerta formativa nell'ambito della ricerca.



A questo si deve aggiungere la poca sensibilizzazione che hanno gli infermieri ad affrontare scientificamente la pratica assistenziale, la volontà all'informazione scientifica, la scarsa disponibilità a proporsi quali promotori di ricerca per la soluzione dei vari problemi esistenti ed emergenti nell'infermieristica.

Il Collegio Ipasvi di Roma da ormai sei anni ha attivato iniziative con l'obiettivo di sensibilizzare e motivare gli iscritti alla ricerca infermieristica; i risultati sono stati buoni, molti lavori sono stati presentati con alcune punte di eccellenza ma il percorso è solo nella sua fase iniziale.

La commissione pertanto ha individuato un percorso metodologico che ha come obiettivo, entro il triennio di mandato, di costituire, in seno al Collegio Ipasvi di Roma, un gruppo permanente per la ricerca infermieristica capace di produrre risultati scientificamente ottenuti su preciso mandato del Consiglio Direttivo.

Nel primo anno di mandato lo scopo della commissione è pertanto quello di:

- individuare il percorso formativo più appropriato per formare questo gruppo di professionisti;
- selezionare, attraverso criteri oggettivi, colleghi che già si sono distinti per una spiccata propensione verso la ricerca;
- attuare i percorsi formativi individuando sia momenti propedeutici di formazione che momenti di apprendimento metodologico;
- attuare due progetti di ricerca, limitati nel tempo, per testare la preparazione del gruppo, entro un anno dall'inizio dei corsi.
- costituire entro maggio 2004 il gruppo della ricerca infermieristica.

Alla commissione ricerca, per la sua spiccata affinità scientifica, afferisce anche la commissione biblioteca che collabora per il supporto bibliografico e la ricerca multimediale.

Parallelamente a tale progetto la Commissione ha voluto riproporre il bando per il conferimento di borse di studio per la presentazione di progetti di ricerca. La novità per questo triennio è nella presentazione di progetti di fattibilità su argomenti infermieristici individuati dalla commissione che poi saranno oggetto

del concorso.

La Commissione, convinta della bontà del percorso intrapreso, si prefigge l'ambizioso obiettivo di proporre per il prossimo futuro un "team leader" per la ricerca infermieristica capace di catalizzare e supportare gran parte dei colleghi, iscritti al nostro albo, che vorranno affrontare questa nuova sfida.

COMMISSIONE REVISIONE DEI REQUISITI DEGLI ISCRITTI

La Commissione per la Revisione dei Requisiti degli Iscritti è composta da: Gianfranco Del Ferraro, Matilde Napolano, Suor Angelina Palumbo, Francesca Premoselli e Maria Grazia Proietti. Referente della commissione è la Segretaria Maria Grazia Proietti.

Il mandato della Commissione è quello di vigilare sulla sussistenza dei requisiti per l'iscrizione all'Albo. In particolare deve individuare i casi di perdita di uno dei requisiti, al fine di indicare al Consiglio Direttivo le strategie di risanamento ovvero, qualora queste siano risultate impraticabili o inefficaci, la cancellazione dall'albo.

Nel merito l'art. 11 del D.L.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233, recita "La cancellazione dall'Albo è pronunciata dal Consiglio Direttivo, d'ufficio o su richiesta del Prefetto o del Procuratore della Repubblica, nei casi:

- di perdita, da qualunque titolo derivata, della cittadinanza italiana o del godimento dei diritti civili;
- di trasferimento all'estero della residenza dell'iscritto;
- di trasferimento della residenza dell'iscritto ad altra circoscrizione;
- di rinuncia all'iscrizione;
- di cessazione dell'accordo previsto dal 2° comma dell'art. 9;
- di morosità nel pagamento dei contributi previsti nel presente decreto.

La cancellazione, tranne nei casi di cui alle lettere d) ed e), non può essere pronunciata se non dopo sentito l'interessato".

Altre norme prevedono la radiazione dall'albo, ad esempio se l'infermiere in-

corre in reati di una certa gravità, ma nuove fattispecie emergono a seguito delle norme sull'autocertificazione e di quelle sull'immigrazione e sul riconoscimento dei titoli stranieri. Anche qui corre l'obbligo del Collegio di vigilanza e, se necessario, di intervento, ma anche qui, al di là del mandato di controllo, sarebbe utile adottare strategie di prevenzione, attraverso l'informazione, soprattutto mirata agli iscritti, o agli aspiranti iscritti, "a rischio".

In considerazione dell'impossibilità di procedere alla revisione sistematica della documentazione di tutti gli iscritti per la verifica di ciascun requisito, la Commissione ritiene opportuno selezionare i casi da controllare sulla base di specifici criteri, con la collaborazione delle impiegate del Collegio IPASVI di Roma. I requisiti degli iscritti negli Albi oggetto di revisione sono:

– il **titolo abilitante**, il **certificato generale del casellario giudiziale** e il **godimento dei diritti civili**, dichiarati nella domanda di iscrizione all'albo, devono essere verificati dal Collegio IPASVI di Roma presso i competenti organi, per tutti gli iscritti successivamente all'entrata in vigore del D.P.R 20 ottobre 1998, n. 403. In base all'art. 75 del D.P.R. 445/2000 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa) qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

– il **versamento della quota annuale**. Per i morosi dall'anno 1998 viene attuata una strategia di recupero della morosità attraverso il contatto diretto con l'interessato, anche, se necessario, attraverso l'accertamento del domicilio;

– il **permesso di soggiorno**, in particolare il punto G, comma 1, della Circolare DPS/III/ L.40/00-1259 del 12 aprile 2000, del Ministero della Sanità, Dipartimento delle Professioni Sanitarie, Ufficio III, a firma del Ministro della Sanità Rosy Bindi: "Cittadini stranieri non co-

munitari. Riconoscimento titoli professionali dell'area sanitaria conseguiti all'estero. Autorizzazione all'esercizio professionale", testualmente recita "L'iscrizione all'albo dell'ordine o collegio e all'elenco speciale è efficace per tutto il periodo di validità del permesso di soggiorno o della carta di soggiorno; all'atto del rinnovo del permesso di soggiorno gli interessati, a pena di cancellazione dagli albi professionali o dagli elenchi, sono tenuti a comunicare all'ordine o al collegio o al Ministero della Sanità il provvedimento di rinnovo del permesso di soggiorno stesso";

– la **conversione del permesso di soggiorno** per motivi di lavoro, per i cittadini stranieri non comunitari che hanno conseguito il titolo di studio e la conseguente abilitazione all'esercizio professionale in Italia, regolarmente soggiornanti in Italia in data successiva a quella del 27.03.1998 o che, se presenti, hanno conseguito il titolo professionale o abilitante successivamente a tale data, in possesso di permesso di soggiorno per motivi diversi dal lavoro, i quali hanno sottoscritto l'impegno, pena la cancellazione, alla conversione del permesso di soggiorno per lavoro autonomo o dipendente entro un anno dalla data di iscri-



zione all'Albo.

CONCLUSIONI

Si tratta, insomma, di mettere in campo una serie di iniziative complesse e articolate, coordinandole per indirizzarle tutte nella medesima direzione: quella dell'ulteriore crescita della professione infermieristica affinché questa, ai lusinghieri risultati conseguiti negli ultimi anni, possa attribuire significati concreti e verificabili nell'attività di ogni giorno per spiccare definitivamente il volo come professione completa e moderna, ricca di contenuti e competenze specifiche, mantenendo in testa ai suoi obiettivi l'interesse della persona malata.

E' questa un'aspirazione che può essere conseguita solo se allo sforzo prodotto dal Collegio e dai suoi organi costitutivi si affiancherà quello personale di ognuno di noi.

Da qui il pressante invito che l'intero Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Roma rivolge a tutti i colleghi iscritti affinché non facciano mancare il loro contributo concreto e fattivo alla realizzazione degli obiettivi indicati attraverso il loro impegno diretto nell'attività del Collegio. E' dunque la partecipazione la chiave di lettura del programma fin qui esposto. Insieme, cari colleghi, potremo fare grandi cose e contribuire in modo determinante a costruire un futuro migliore per la professione infermieristica.

Gennaro Rocco

IL SAPERE INFERMIERISTICO
IN UNA PROSPETTIVA INTERNAZIONALE
2^a Conferenza
Roma 24-25 giugno 2003
in corso di accreditamento ECM

TEMA: *Il contributo dell'infermieristica nell'innovazione dei sistemi sanitari*

A distanza di 3 anni dalla prima conferenza internazionale, dedicata al sapere infermieristico accademico la città di Roma ospita il secondo incontro, che si focalizzerà principalmente sulle seguenti tematiche:

1. le decisioni correlate alla Riforma dell'assistenza sanitaria;
2. la qualità dell'assistenza e la pratica basata sull'Evidenza Scientifica;
3. le scoperte sulla sicurezza del paziente.

Saranno presentati lavori scientifici di alto livello svolti nel campo della ricerca, della pratica dell'educazione riguardanti problemi sanitari mondiali, come la riforma e la ristrutturazione dell'assistenza sanitaria, la qualità dell'assistenza e le innovazioni nel campo assistenziale, la sicurezza dei pazienti, l'assistenza infermieristica e la carenza delle risorse umane.

La conferenza offrirà agli infermieri la possibilità di scegliere tra numerose sessioni scientifico-culturali per rispondere meglio alle esigenze formative individuali.

Obiettivi

1. Costruire una visione comune del sapere infermieristico che oltrepassi i confini del singolo stato.
2. Stimolare la collaborazione tra gli infermieri di vari paesi nello studio di problemi mondiali di salute, in funzione di un miglioramento globale dell'assistenza infermieristica.

9,00-13,00 Sessione plenaria

- Etica e assistenza sanitaria.
- Il contributo infermieristico nella promozione della salute.
- Imperativo morale: costruire Sistemi Sanitari Sicuri.
- Valutazione dell'assistenza: Fondamenti teorici

14,30-17,00 Sessioni parallele: *Iniziativa infermieristiche*

PRIMA SESSIONE - Qualità dell'assistenza e sicurezza del paziente

- Risultati attesi per l'assistenza di qualità

SECONDA SESSIONE - La pratica basata sull'evidenza scientifica

- Gestione infermieristica della seconda fase del travaglio
- Il supporto infermieristico durante la nascita

TERZA SESSIONE - Progressi nell'assistenza materno-infantile

- Sfide nell'assistenza materna: sollievo di dolore durante il parto
- Il benessere del neonato attraverso la gestione del dolore
- L'allattamento materno nei neonati a rischio: strategie di cambiamento
- Continuità assistenziale in ambito pediatrico
- Smile therapy

24
Giugno

9,00-13,00 Sessione plenaria

- Il modello delle risorse umane in sanità e la carenza infermieristica
- Il sapere infermieristico in Italia nel 21 secolo

INNOVAZIONI NELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA

Formazione infermieristica di base - Formazione infermieristica post-base

- Un nuovo programma di formazione presso l'università di Toronto
- Progetto sulla formazione di base della Federazione IPASVI
- La formazione in Italia di secondo livello: progetto delle Federazioni IPASV per Master
- Percorsi Master: il progetto del management infermieristico
- Percorsi Master: il progetto del master in area critica
- Laurea Specialistica: progetto delle Federazioni IPASVI
- Discussione

14,30-17,00 Sessioni parallele: *Pratica infermieristica avanzata*

QUARTA SESSIONE - *Assistenza infermieristica in area critica*

- Appropriatezza della valutazione negli accessi in un DEA di II livello

QUINTA SESSIONE - *Assistenza gerontologica e a lungo termine*

SESTA SESSIONE - *Salute comunitaria*

RELATORI ITALIANI

Rosaria Alvaro
Nicola Barbato
Cinzia Boaretto
Simona Calza
Isabella Caponi
Giovanna Carta
Paolo Cellini
Paolo Chiari
Immacolata Dall'Oglio
Maria Grazia De Marinis
Mario Esposito
Loredana Fabriani
Maddalena Galizio
Cristina Los
Giuseppe Marmo
Emanuela Marcucci
Danilo Massai
Maria Matarese
Vincenzo Mazza
Mariagrazia Montalbano

Patrizia Nappini
Luca Peressoni
Maria Grazia Proietti
Maria Ausilia Pulimeno
Laura Rasero
Gennaro Rocco
Annalisa Silvestro
Alessandro Stievano
Emanuela Tiozzo
Franco Vallicella

RELATORI STRANIERI

Dyanne Affonso
Ilana R. Chertok
Diana Davidson
Diane Doran
Barbara Downe-Wamboldt
Dorothy Forbes
Denise Gastaldo
Pamela Hawanik
Edith Hillan

Wayne Hindmarsh
Ellen Hodnett
June Andrews Horowitz
Lianne Jeffs
Rebecca Keating-Lefler
Nuala Kenny
Geraldine MacDonald
Kathleen MacMillan
Linda J. Mayberry (USA)
Maureen Markle-Reid
Joyal Miranda
Linda-Lee O'Brien-Pallas,
Pamela Pletsch
Outi Raikonen
Souraya Sidani
Heather Spence
Bonnie J. Stevens
Robyn Stremmer
Ann Tourangeau
Mandana Vahabi
Judy Watt-Watson

COMITATO SCIENTIFICO

Dyanne Affonso (Canada)
Diane Doran (Canada)
Maria Matarese (Italia)
Gennaro Rocco (Italia)
Maria Ausilia Pulimeno (Italia)
Nicola Barbato (Italia)
Vittoria Pepe (Italia)
Mario Esposito (Italia)

Carlo Turci (Italia)
Emanuela Tiozzo (Italia)

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Stefano Casciato
Rodolfo Cotichini
Loredana Fabriani
Matilde Napolano
Marco Tosini

Per informazioni ed iscrizioni:

"Perigeo Congressi" de "I Viaggi del Perigeo", Via Crati 1 - 00199 Roma
Tel. +39 06 85301301 • Fax +39 06 8551544 • e-mail: vdp@iviaggidelperigeo.it

Adattamento inefficace del paziente ricoverato in terapia intensiva post-chirurgica

di *Claudio Carola e Giorgia Allegretti*

Lo stress che consegue alla criticità della malattia riveste un enorme ruolo sulle effettive possibilità di adattamento del degente e della sua famiglia.

Oltre ad affrontare lo stress fisiologico essi sono costretti a vivere conseguenze sociali, finanziarie ed emotive che si ripercuotono sulle loro esistenze a causa dell'ospedalizzazione. Independentemente dalle cause che hanno condotto il paziente al ricovero, il fatto di essere ospedalizzato in una terapia intensiva rappresenta un elemento di minaccia e di disorientamento che lo mette a dura prova.

Un adattamento inefficace (stress) ha luogo quando il degente e i suoi familiari diventano incapaci di adeguare i propri comportamenti in maniera efficace per convivere con la degenza.

Il ruolo dell'infermiere è focalizzato sugli interventi che migliorano la capacità di adattamento dei soggetti interessati durante il ricovero in area critica.

EVOLUZIONE DEL RAPPORTO INFERMIERE-PAZIENTE

Una priorità assistenziale consiste nello stabilire con il degente una comunicazione terapeutica per diminuire o ridurre al minimo gli stimoli che costituiscono una minaccia; il fatto di stabilire una relazione (es. presentarsi, spiegare in maniera chiara il proprio ruolo) riduce il trauma

dell'ospedalizzazione e diminuisce il senso di estraneità del ricoverato nei confronti dell'ambiente. Inoltre bisogna:

- Concedere al ricoverato il tempo per l'ambientamento cercando di prevenire ed accettare le manifestazioni emozionali legate alle reazioni (lo stato di shock, il rifiuto della patologia, la rabbia e la depressione);

- Prestare le dovute attenzioni ai messaggi non verbali e agli argomenti evitati rispettando i momenti di comunicazione a quelli di silenzio;

- Cercare di ridurre, se possibile, di eliminare i fattori ambientali che diminuiscono le capacità di adattamento: controllare il dolore, il rumore, la temperatura dell'ambiente, concentrare le diverse procedure assistenziali in orari prestabiliti, regolarizzare il ritmo sonno-veglia, garantire la privacy.

In presenza di un adattamento inefficace riesaminare il proprio comportamento e/o i propri pregiudizi; porsi nei confronti del degente in maniera empatica trasmettendo un senso di comprensione e di conforto.

EVOLUZIONE DEL RAPPORTO INFERMIERE-FAMILIARE

Le reazioni del ricoverato possono essere corrette o ridotte grazie ad accorgimenti miranti alla modifica di alcuni aspetti che lo circondano. I membri della

famiglia rappresentano una valida fonte di aiuto dal momento che essi sono in grado di fornire precise informazioni che rispettano l'opinione e la condizione del paziente.

L'operatore sanitario deve pertanto:

- Instaurare un tipo di dialogo "aperto" con uno o più familiari che fungano da portavoce; usare delle espressioni positive che possano fornire una sorta di rassicurazione per ridurre la paura e l'isolamento;
- Invitare i familiari ad essere presenti durante l'orario di visita, a partecipare all'assistenza diretta anche se per piccole cose (garantire sempre la supervisione e la guida!)
- Creare un ambiente idoneo per la famiglia in modo che possano condividere le stesse percezioni con altre persone in circostanze simili (locali adibiti per i colloqui con il personale di assistenza, sistemi audiovisivi che mettono in contatto le famiglie con i propri congiunti). Le famiglie più "esperte" possono aiutare a dare delle informazioni precise circa la gestione della degenza, sulla routine e sulle risorse dell'ospedale in modo da diminuire il senso di isolamento e di impotenza dei membri della famiglia.

CONCLUSIONI

L'adattamento inefficace è legato principalmente ad un senso di sopraffazione da problemi che provengono da ogni parte; il fatto di stabilire una relazione terapeutica riduce il trauma del ricovero e fornisce al paziente e alla famiglia la possibilità di avere conforto, informazioni, professionalità.

bibliografia

Nancy H. Diapenbrock, *Guida pratica in area critica*, Ed. Mc Graw Hill.

Anna Owen, *Il monitoraggio in area critica*, Ed. Mc Graw Hill.

Nancy M. Holloway, *Piani di assistenza in area critica*, Ed. Sorbona

G. Cavadi, *Psicologia Generale*, Ed. Mc Graw Hill.

Protocolli di assistenza infermieristica in "T.I. POST-CHIRURGICA", ACO San Giovanni Addolorata.

L. Yuchli- A. Vogel, *Assistenza infermieristica di base*, Rosini Editrice Firenze.

S. Smith, D. Duell, *Assistenza infermieristica: principi e tecniche*, Sorbona-Milano.

A. Gentili, *Il paziente critico, clinica e assistenza infermieristica in anestesia e rianimazione*, Ambrosiana-Milano.

G. Bozza, *Gli infermieri professionali addetti ai dipartimenti di emergenza-urgenza*, Regione Toscana.

Autori:

Claudio Carola, infermiere professionale, Ospedale San Giovanni-Addolorata Roma, U.O.D. Anestesia e Rianimazione - Terapia Intensiva Post-Chirurgica.

Giorgia Allegretti, infermiere professionale, Ospedale San Giovanni-Addolorata Roma, U.O.D. Chirurgia Generale e Oncologia.

Ogni promessa è un debito

di *Giuliana Leacche e Umberto Tulli*

Proprio per tener fede alla promessa fatta, in occasione della 1° giornata per infermieri di Dialisi del 26/5/02, abbiamo organizzato insieme al Collegio IPASVI di Roma la 2° giornata di studio tenutasi presso l'Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata dal titolo: "Competenze infermieristiche in Dialisi dall'Ospedale al domicilio".

Obiettivo di questa giornata è stato quello di confrontare le esperienze lavorative e di ricerca di colleghi che svolgono la loro attività professionale nei centri dialisi nella realtà romana.

Hanno risposto al nostro appello i colleghi dei centri dialisi degli Ospedali: S. Perti- ni, S. Eugenio, S. Spirito, S. Giacomo, Poli- clinico Umberto I, Spallanzani, Forlanini.

Il programma di questa seconda giornata è stato articolato in 2 sessioni: gli argomenti spaziavano da esperienze di tipo organizzativo di una unità dialitica decentrata al training della persona in dialisi peritoneale, dai protocolli appropriati alle svariate metodiche dialitiche, fino a ricerche e studi effettuati.

I partecipanti alla prima giornata sono stati 151 a fronte dei 100 posti previsti. L'elevato numero di richieste di colleghi, che non hanno potuto partecipare per mancata disponibilità dei posti, ha reso necessario l'organizzazione di altre due giornate tenutesi presso il Policlinico Umberto I il 30/11/02 (425 partecipanti), e il 17/12 presso le "Suore Rosminiane" (350 partecipanti).

Cogliamo l'occasione per ringraziare e salutare i colleghi dei Centri Dialisi che hanno partecipato a questo evento, con i quali grazie a questa occasione si è instaurato un rapporto di amicizia e collaborazione.

Un ringraziamento particolare al Collegio IPASVI di Roma.

Autori:

Giuliana Leacche, caposala U.O.C. nefrologia e dialisi - Azienda Ospedaliera S. Giovanni-Addolorata.

Umberto Tulli, U.O.C. nefrologia e dialisi - Azienda Ospedaliera S. Giovanni-Addolorata



Cronaca del viaggio di studio nei Paesi Scandinavi

con il collegio IPASVI di Roma (giugno 2002)

di Laura Sabatino e Alessandro Stievano

Un viaggio indimenticabile, questo è quanto abbiamo pensato guardando le immagini dei tre paesi visitati... peccato non aver visto di più!

A casa abbiamo portato il ricordo della natura meravigliosa della Norvegia, così esplosiva e misteriosa nello stesso tempo; le strade affollate e festose di Stoccolma, con la sorpresa di una temperatura particolarmente calda; le biciclette di Copenaghen e le passeggiate lungo le strade del centro.

Parole e immagini possono descrivere solo in parte la bellezza delle opere architettoniche e la storia di questi splendidi paesi.

Ciò che a noi interessa però, in questo specifico contesto, ha una connotazione professionale ed è su tale aspetto che focalizzeremo l'attenzione, sulle strutture sanitarie visitate a Stoccolma e a Copenaghen.

Sentiamo di dover parlare, prima di ogni altra cosa, dell'ospitalità del personale che ci ha accolto, dell'ordine e della sensazione di cura nei confronti dell'ambiente circostante che abbiamo percepito, della cortesia e della quiete che circola anche negli ambienti ospedalieri dove meno ce l'aspettavamo.

IL SISTEMA SANITARIO SVEDESE

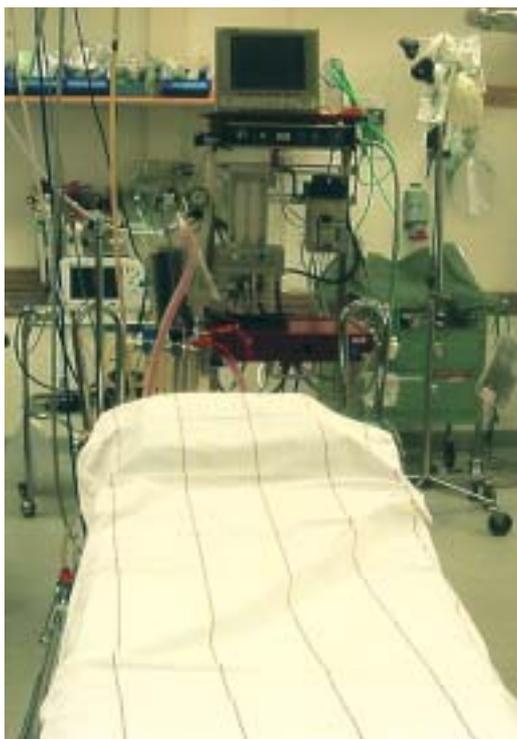
Notizie generali

La Svezia ha un sistema sanitario i cui servizi sono accessibili a chiunque e l'o-

biiettivo principale del settore pubblico è volto al mantenimento della buona salute per tutta la popolazione.

Il Consiglio di Contea è l'organo maggiormente responsabile di tali servizi sia per quanto riguarda l'aspetto organizzativo che per quello economico poiché impone tasse per incrementare le necessarie risorse finanziarie. I responsabili dei servizi sanitari sono essenzialmente i politici locali, dislocati in 21 aree geografiche. Decentralizzazione e gestione basata su principi democratici sono le due ca-





ratteristiche del sistema svedese. Per gli uomini la vita media è di 76.5 anni, per le donne di 81.5.

I problemi cardiovascolari determinano una elevata mortalità anche se si nota una diminuzione di tale fenomeno così come i decessi per incidenti, per malattie legate all'assunzione di alcolici e per suicidio sono diminuiti. C'è stato un incremento delle allergie, invece, e sono aumentate le persone in sovrappeso.

Il numero degli anziani è significativamente cresciuto, soprattutto nella fascia di età compresa dagli 80 anni in poi; la Svezia, infatti, sembra abbia il più alto tasso di persone anziane nel mondo, il 18% della popolazione ha 65 anni o oltre.

L'assistenza

L'assistenza di base è il punto di forza dell'organizzazione sanitaria svedese; viene erogata nei distretti, nelle circoscrizioni e nei quartieri affinché il ricovero sia riservato solo ai casi non gestibili a domicilio. Tale assistenza viene fornita anche da medici e fisioterapisti privati; per i bambini in età scolare l'assistenza è gratuita così come i regolari controlli per le gestanti.

Gli infermieri (130 mila circa tra nurses e personale di supporto infermieristico) dislocati sul territorio forniscono assistenza, pareri e supporto sia presso le case di cura sia mediante visite a domicilio. L'assistenza sanitaria nelle scuole e nelle industrie è disponibile per gruppi specifici di persone.

L'assistenza sociale, insieme a quella sanitaria, erogata presso le abitazioni, consente alle persone anziane e ai disabili una vita dignitosa anche nella propria casa, i figli ma gli anziani stessi, preferiscono non vivere insieme. Il 50% degli anziani vive da solo, solo il 3-4% vive con i propri figli o con altri parenti stretti; l'8% vive in alloggi istituzionali.

Visitando le strutture che ospitano gli anziani, abbiamo visto che l'assistenza erogata è di alta professionalità e impregnata di considerazione umana; il personale infermieristico (che effettua un corso triennale presso l'università) ha molto sostegno da parte di personale di supporto e questa è una "regola" diffusa anche nelle strutture ospedaliere.

In totale, il 16% del P.I.L. viene utilizzato per l'assistenza agli anziani e a tale cifra, bisogna aggiungere un ulteriore 3-4% che comprende l'utilizzo del pronto soccorso, sempre da parte degli anziani. Il bilancio pubblico, quindi, è utilizzato significativamente per l'assistenza agli anziani; ultimamente, però, per l'assistenza "pura" è necessario il sostegno da parte delle pensioni così le imposte sono lievitate. Circa il 10% del budget desti-





nato all'assistenza agli anziani è coperto da spese pagate dai pensionati stessi; il 35% delle proprietà private appartiene agli anziani.

Il fenomeno dell'aumento di pensioni integrative è piuttosto nuovo e alla sua origine si trova la mancanza di fiducia nel futuro del sistema pensionistico statale.

Quando è necessario il ricovero per lunghi periodi le case di cura sono organizzate per fornire l'assistenza nelle 24 ore e, in genere, le stanze sono individuali.

Le cure ospedaliere sono erogate su due livelli: "Regionale" e di "Contea", nel primo sono inserite le specializzazioni (neurochirurgia, chirurgia toracica, ecc.).

Negli ultimi anni la degenza media negli ospedali è diminuita sia per i ricoveri a lungo termine che a medio termine e per tutte le fasce di età; anche le cure psichiatriche in regime di ricovero hanno subito una contrazione in favore delle cure domiciliari, infatti, l'assistenza sul territorio, nelle case è di conseguenza lievitata.

Il potenziamento delle cure presso i Day-Hospital confermano il nuovo modo di erogare assistenza.

La legge sanitaria più importante è del 1982 sui "Servizi Medici e Sanitari" ove è stabilito che tutte le persone hanno il diritto di accedere ai servizi i quali devono essere equamente fruibili e di qualità.

Le persone, inoltre, hanno il diritto di prendere decisioni e i servizi, nei limiti

del possibile, sono organizzati ed operanti in accordo con i pazienti.

Esistono sistemi di valutazione attraverso i quali il governo centrale controlla i servizi sanitari.

I cittadini pagano i farmaci entro un certo tetto, se è necessaria una spesa maggiore vengono erogati dei sussidi, quindi, esiste un limite annuale di spesa farmaceutica oltre il quale la persona non dovrà mai pagare.

In Svezia c'è carenza di infermieri specializzati e anche di medici, soprattutto in alcune aree geografiche come quelle del nord a bassa densità abitativa.

Il Primario di un reparto, in genere, ha la responsabilità dei servizi di assistenza medica, della gestione amministrativa e finanziaria anche del personale.

Visite agli ospedali

Il giorno 03/06/2002 è stato per noi molto interessante perchè siamo andati a visitare il "SODERSJUKHUSET" General Hospital South Stockholm, dove abbiamo incontrato un team di infermiere che ci ha illustrato una serie di slides inerenti il servizio sanitario in generale e la struttura ospedaliera in particolare.





La signora Birgitta Skold "Hospital Project leader" ci ha descritto l'organizzazione dell'ospedale e l'evoluzione del nursing nei Servizi di Assistenza Territoriale che in Svezia è fortemente sviluppata. La signora Ulla Frisk "Quality improvement Coordinator" ci ha delucidato sull'importanza che per loro riveste il controllo di qualità orientato alla soddisfazione degli utenti e alla loro professionale assistenza.

La signora Eva Joelsson Alm "Clinical Improvement" ha parlato dell'organizzazione e delle caratteristiche dell'assistenza infermieristica nell'area delle cure intensive dove ci ha poi accompagnato per la visione e la descrizione delle degenze e servizi.

La signora Margaretha Forsberg "Director of clinical studies" ha illustrato la ricerca infermieristica in sanità pubblica focalizzando l'attenzione sulla possibilità che l'ospedale fornisce, sia agli studenti sia agli operatori in servizio, di fruire del cosiddetto KTC, una struttura dove, tra le altre cose, il personale ha la possibilità di valutare, tramite registrazione estemporanea del proprio comportamento, gli atteggiamenti assistenziali e le procedure infer-

mieristiche, sebbene simulate, visibili nel televisore.

Il Sodersjukhuset assiste mezzo milione di persone annualmente; 100 mila al Pronto Soccorso, 40 mila pazienti sono ospedalizzati e 5000 bambini nascono ogni anno; inoltre offre opportunità per la ricerca clinica e per l'insegnamento.

Il Pronto Soccorso fu ristrutturato nel 1994/95 e accoglie da 250 a 350 pazienti ogni giorno; si possono ottenere prestazioni ortopediche, chirurgiche, mediche, ginecologiche. La maggior parte degli interventi sono riservati ai traumi stradali e alle malattie cardiovascolari. Circa 50 ambulanze arrivano ogni giorno e c'è anche la postazione per gli elicotteri. Le persone che arrivano al servizio che pagano prima di essere trattate, sono selezionate dall'infermiere triagista che decide la priorità d'accesso. Circa 200 persone sono impiegate al Pronto Soccorso tra infermieri, dottori, amministrativi, ausiliari e figure di supporto all'infermiere. I turni di lavoro sono: 07.00-15.00; 13.00-21.30 e 21.00-07.00.

Questo ospedale, che è parte del Karolinska Institute, svolge anche ricerca e fornisce agli studenti e agli operatori in servizio, la possibilità di formarsi e aggiornarsi; gli studenti che dovranno scegliere quale formazione intraprendere dopo il diploma di scuola media superiore, inoltre, possono sperimentarsi nel KTC per verificare se la professione infermieristica può appassionarli.





Il 04/06/2002 abbiamo visitato lo Stora Skondal Foundation, fondazione non profit, dove siamo stati accolti dalla signora Marianne Lidbrink, direttrice dell'assistenza, la quale ci ha descritto la filosofia del centro e il tipo di assistenza erogata alle persone assistite.

Nella cura considerano la persona come unica; hanno la responsabilità di aiutare dal punto di vista fisico, psichico e spirituale. Partono dal principio: "vogliamo bene"; ha molta importanza la qualità dell'incontro: "cura primaria", c'è pro-

prio una persona addetta al "contatto". C'è una pianificazione personalizzata che è pronta dopo qualche ora dall'arrivo della persona nella struttura; si creano rapporti anche con i famigliari ai quali si somministra un'intervista prima che la persona da ricoverare arrivi nella struttura. Per i pazienti con demenza senile, c'è un gruppo di lavoro che si dedica a queste persone che loro preferiscono definire "con poca memoria"; su di essi fanno ricerca e hanno sviluppato un metodo nuovo che mira alla "comunicazione di sentimenti".

In tale centro ci sono persone anziane ma autosufficienti e persone non autonome assistite nella "Stora Skondal's nursing home" che ha 182 letti in 7 unità operative. Per motivi di privacy non ci hanno consentito visite nei reparti. Le case, sparse in una larga area verde, hanno da 1 a 5 stanze con la cucina ed uno spazio residenziale. Lo stupendo paesaggio gioca una parte importante nel programma assistenziale, infatti, è usato per camminare e svolgere attività "outdoor".

Ersta Skondal University College

La formazione svedese prevede che per diventare infermiere bisogna fre-



quentare un corso universitario della durata di tre anni (120 crediti) che conduce ad una laurea in nursing e alla qualifica di Registered nurse. In tale College, fondato nel 1851 da Marie Cederschiold, una compagna di Florence Nightingale, 30 studenti sono ammessi due volte l'anno, in primavera ed in autunno; le discipline approfondite sono simili alle nostre con una maggiore enfaticizzazione dell'etica per il carattere religioso dell'università. Nell'università c'è un programma coordinato che porta ad una laurea in infermieristica ed in lavoro sociale che prevede l'acquisizione di 160 crediti, in quattro anni; è iniziato per la prima volta nell'autunno del 2000.

Gli studenti possono fruire di un programma internazionale che permette esperienze in diverse culture, per esempio, Europa, Australia, Nuova Zelanda e Sud Africa.

IL SISTEMA SANITARIO DANESE

Anche in Danimarca l'assistenza essenziale è gratuita e il sistema sanitario è decentralizzato ma garantisce un trattamento uniforme. Le varie Contee che sono autorità locali dotate di autonomia, sono comunque controllate dall'autorità centrale, lo Stato, che punta all'armonizzazione delle varie politiche. La massima autorità è il Ministero della Sanità supportato dagli enti Regionali e Comunali. Gli ospedali pubblici sono numericamente superiori alle cliniche private e il ricovero è riservato ai casi "acuti", coloro che necessitano di riabilitazione o lunga degenza si rivolgono a strutture apposite. Negli ospedali pubblici esiste direzione sanitaria, amministrativa e infermieristica.

In Danimarca è molto sviluppata l'educazione sanitaria per la prevenzione di malattie legate al tabagismo, alcolismo, alimentazione, ecc.; gli infermieri vengono formati anche a tal fine e il loro

impegno si sviluppa molto anche nei servizi sociali. Esiste la figura del "general nurse" e quella del "community nurse" anche conosciuta come "home nurse" per l'assistenza domiciliare che eroga; non manca, inoltre, la figura dell'infermiere impegnato nella sanità pubblica: "occupational health nurse". Gli infermieri, in Danimarca, sono circa 50 mila la cui formazione è distribuita in 22 scuole infermieristiche.

Huset William

Il 06 giugno abbiamo visitato questo piccolo centro anziani, finanziato dal Comune e particolarmente curato nell'aspetto esteriore, che assiste 72 persone soprattutto autosufficienti. In ogni reparto ci sono 25 persone, poche infermiere, molte figure ausiliarie e una capo infermiera. Tale struttura la si può paragonare ad alcune case di cura esistenti anche qui in Italia. Le persone ospitate erano state avvisate del nostro arrivo e ci hanno accolto con gioia.

Il 07 giugno ci siamo recati presso l'"HVIDOVRE HOSPITAL" un grande ospedale di Copenaghen, polispecialistico. È il secondo, come grandezza, tra i 6 ospedali della capitale e il personale infermieristico è formato anche qui grazie ad un corso di tre anni, frequentato dopo l'acquisizione del diploma di scuola secondaria superiore.

Anche qui siamo stati accolti calorosamente e abbiamo potuto effettuare diverse visite nei reparti anche se per motivi di privacy non abbiamo scattato molte foto. Possiamo paragonare la terapia intensiva visitata e gli altri servizi ad un nostro ospedale moderno. Non potevamo rinunciare alla foto del monopattino, usato dal personale ma anche da alcuni pazienti, per percorrere le varie distanze tra i servizi.

Autori:

Laura Sabatino e Alessandro Stievano.

Gli infermieri ancora protagonisti sugli organi di informazione nazionali. Un ruolo che può certamente lusingare la professione se ne pubblica la crescita e l'impegno, ma che spesso le viene assegnato suo malgrado con considerazioni e proposte a dir poco assurde. Ecco che, una volta di più, i media si prestano a forgiare un'immagine pubblica dell'infermiere confusa se non addirittura distorta e menzognera.

Gli ultimi mesi non hanno fatto eccezione con la clamorosa querelle sul ricollocamento professionale dei lavoratori della Fiat come infermieri. Eppure l'ultimo scorcio del 2002 era cominciato in tutt'altro modo, con un'attenzione particolare dei media verso le problematiche della professione e i suoi traguardi.

In questa chiave, segnaliamo stavolta il risalto che il più importante quotidiano economico italiano ha dedicato e continua a dedicare alle notizie d'interesse infermieristico. Tra queste, sono risultati particolarmente efficaci alcuni articoli, come quello di Maria Carla De Cesari intitolato "L'infermiere diventa docente universitario - Appeal in crescita - Più autonomia e competenze esclusive", pubblicato sul numero del 4 novembre 2002. E ancora la costante attenzione riservata all'iter delle nuove leggi in campo infermieristico, come nel caso del Decreto legge "Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario" e della norma che stabilisce l'equipollenza dei titoli.

Su quest'ultimo tema, l'inserto Sanità de Il Sole-24 del 18-24 dicembre ha pubblicato il testo del provvedimento e un articolato servizio dal titolo "L'equipollenza sotto l'albero - Senato, via libera

con numerose modifiche al decreto legge anti-carenza infermieristica". Nel numero successivo dell'inserto settimanale Sanità, ancora gli infermieri in primo piano con l'articolo intitolato "Infermieri, legge al traguardo - con il sì di Palazzo Madama in seconda lettura porte aperte alle equipollenze per tutti - generici e caposala al palo".

Come pure il più diffuso quotidiano economico italiano ha seguito da vicino le sorti della Commissione nazionale Ecm, riferendo con puntualità sul difficile confronto tra Stato e Regioni in tema di competenze e sostenimento dei costi. Grande attenzione è infine stata riservata all'evoluzione legislativa degli ordini, dei collegi professionali e delle casse di previdenza professionali, fino al resoconto dell'incontro tra il Presidente del Consiglio e una delegazione del Comitato degli ordini e dei collegi, pubblicato sul numero del 13 dicembre 2002 e intitolato "Mano tesa ai professionisti dal Governo - Per il Professional Day riuniti a Roma i vertici delle categorie - Una delegazione ricevuta da Berlusconi".

Nonostante la rinnovata attenzione riservata dagli organi di informazione alla professione infermieristica e ai suoi problemi, gli ultimi mesi saranno ricordati soprattutto per una vicenda di segno opposto, che umilia e offende gli infermieri italiani: quella della favola dell'operaio e l'infermiere.

La vicenda è ben nota, come anche la reazione indignata della professione a tutti i livelli. Tutto nasce da un'incauta dichiarazione pubblica del premier che suggerisce di trasformare in infermieri gli operai della Fiat in esubero. Tutti i Collegi Ipvsi d'Italia si sono ribellati a un simi-

le scenario, peraltro fantasioso e irrealizzabile. Nel breve volgere di una frase, gli infermieri si sono sentiti rimbalzare all'indietro di anni, quando ancora la nostra non era una professione compiuta.

Innumerevoli e variegati sono state le reazioni, tutte concordi nel condannare apertamente la sortita del presidente del Consiglio dei ministri. Tanto che, insieme al Comitato centrale della Federazione nazionale Ispasvi, i Collegi hanno trasmesso una lettera aperta al presidente Berlusconi intitolata significativamente "La favola dell'operaio e dell'infermiere".

E' il caso di riportarne qui il contenuto sperando che sia questa l'ultima volta in cui la professione infermieristica debba misurarsi con simili amenità:

"Potrebbe essere il titolo di una favoletta per bambini, dove si racconta di come tanti bravi ma sfortunati operai di una fabbrica di automobili in difficoltà si trasformano in altrettanti bravi infermieri per aiutare la povera gente e i tanti, tanti malati che affollano le corsie degli ospedali.

I bravi operai avevano, fino ad allora, fatto esperienza con l'armadetto delle medicine all'oratorio e alcuni di loro avevano anche seguito un corso di pronto soccorso nei boy scout.

E così, senza drammi, senza scioperi, senza litigi, ecco che dalla crisi della fabbrica di automobili nasce addirittura una fantastica soluzione per fare del bene ai bisognosi e salvaguardare il lavoro per tante brave persone.

Purtroppo, però, l'Italia non è il Paese delle favole, la crisi della Fiat è vera e difficile e, soprattutto, anche se volessero quegli operai non potrebbero mai trasformarsi in infermieri, neanche con la bacchetta magica della Fata Turchina di Pinocchio.

Il perché è semplice, caro Presidente del Consiglio Silvio Berlusconi che ci ha raccontato questa bella favoletta: in Italia, come nel resto d'Europa, per fare l'infermiere occorre studiare, studiare e studiare ancora.

Oggi l'infermiere è un professionista con una laurea universitaria minimo triennale: questo serve a tutelare e garantire al meglio il cittadino malato e bisognoso di assistenza.

Ci piacerebbe vivere nel mondo delle favole, caro Presidente; ci piace meno quando qualcuno vuol farci credere di essere in una favola, se non è così.

Caro Presidente, i 320 mila infermieri italiani chiedono più rispetto per la dignità degli operai della Fiat e per coloro che hanno scelto la professione di infermiere".

in pillole

Evoluzione: spunta l'Homo Unicum

Il cranio fossile ritrovato di recente in Etiopia, datato a un milione di anni fa, mostrerebbe come l'Homo Erectus che ha popolato le lande asiatiche e quelle africane in realtà appartenesse alla stessa specie. Un elemento, questo, che porrebbe fine alla disputa sull'annosa distinzione tra Homo Ergaster e Homo Erectus, a seconda che il reperto provenisse rispettivamente dall'Africa o dall'Asia. L'esame di quest'ultimo fossile, che è guadagnato la copertina della pre-

stigiosa rivista Nature, indica invece che si tratti della stessa specie. Ne deriva una nuova ricostruzione evolutiva per la specie umana: l'Homo Erectus è comparso 1,8 milioni di anni fa e ha rapidamente popolato Africa, Asia ed Europa. L'avvio dell'era glaciale, circa 950 mila anni fa, potrebbe aver separato le diverse popolazioni di Homo Erectus aprendo loro un destino diverso; quella africana si sarebbe evoluta fino alla comparsa dell'Homo Sapiens, mentre quella asiatica si sarebbe estinta.

L'infermiere mediato dalla stampa: dal problema alle prospettive

di Lorenzo Salvagio

PROTAGONISTI SÌ, COMPARSE NO

“Quella degli Infermieri per molto tempo è stata *una Cultura senza scrittura*”. Ascoltai tale affermazione ad un convegno, una decina d’anni fa, dalla Presidente nazionale dell’IPASVI. Già allora era forte l’esigenza di documentare il valore della professione infermieristica, di dimostrare alla società l’importanza del ruolo svolto dagli infermieri per la società stessa.

Da allora per la professione molti progressi si sono fatti e molte cose sono cambiate. Due esempi: la laurea e l’abolizione del mansionario. Due rivoluzioni copernicane. Note nell’ambiente infermieristico. Conosciute nell’ambiente sanitario. Ma fuori da questi ambienti, tali traguardi, così qualificanti per la professione, *da chi* sono conosciuti? La gente che cosa sa e che *cosa dice degli* infermieri? La categoria di *quale riconoscimento sociale* gode? Qual’è l’immagine dell’infermiere? Le risposte le conosciamo e, stringi stringi, possiamo dirci che ancora troppa gente considera gli infermieri quasi come comparse e non come protagonisti del pianeta sanità. *Da cosa* dipende?

LA CRONACA E’ CRONICA: INFERMIERI MISCONOSCIUTI E BISTRATTATI

E’ raro leggere articoli che riguardano infermieri da cui traspare che l’autore sia

bene informato sul ruolo degli infermieri e sulla loro formazione. Gli aggettivi inappropriati si sprecano (pensiamo all’inflazionatissimo e infelicissimo “*paramedico*”). In questi giorni ho ascoltato una dichiarazione ad una tv locale di un deputato (che da altri interventi avevo già avuto modo di giudicare particolarmente approssimativo e superficiale) su un problema riguardante un piccolo ospedale. *Il parlamentare*, fra l’altro, diceva che “bisognava agire a tutti i livelli, dai più bassi ai più alti e cioè dal livello di portantini e infermieri fino al livello del direttore sanitario”.

Gli infermieri sono stati messi sullo stesso piano dei portantini (con tutto il rispetto per il ruolo dei portantini). L’intervista è stata trasmessa e replicata nelle diverse edizioni del telegiornale. Nel pubblico meno attento si è rinforzata la concezione anacronistica *dell’infermiere-ultimo-chiodo del carro-sanità*. Nessuno si è preso la briga di chiedere a quella Tv una precisazione per un chiarimento e per porre riparo alla confusione che simili dichiarazioni ingenerano in quella fascia di cittadini che neppure immagina lontanamente che ci sono infermieri che insegnano nelle Università. D’altronde l’ufficio stampa centrale della Federazione non può essere onnipotente.

Il giornalista che deve trattare una notizia ha bisogno di informazioni. Telefona a persone che sono all’interno dell’ambiente in cui la notizia è maturata. E

può anche chiamare un infermiere per sapere da lui come sono andati i fatti. Ma l'interlocutore cambia per l'approfondimento, quando si tratta di ricercare dichiarazioni che siano anche una lettura critica della nuda cronaca e dichiarazioni che siano supportate da competenze elevate. *Ditemi quando avete visto in Tv una intervista ad un dirigente dei servizi infermieristici!*

Ancora, purtroppo, si ritiene che l'infermiere non abbia competenze elevate. *E viene tagliato fuori.* E con lui tutta la categoria. Attenzione, non stiamo rammaricandoci di essere tagliati fuori dalla vanità delle prime pagine né vogliamo essere dei violatori del segreto professionale o dei traditori della privacy dei singoli pazienti. Stiamo parlando della consolidata negazione alla categoria degli infermieri di avere un ruolo e una voce nel dibattito che ogni giorno si svolge sui giornali, anche locali, su temi relativi a salute e sanità.

INFERMIERE, SPIEGA TE STESSO

Il mondo infermieristico è protagonista di *un paradosso*: l'infermiere – fra l'altro – sa mediare, sa spiegare al cittadino la sua malattia e la relativa terapia, sa fare educazione sanitaria, sa tradurre dal medichese per far capire a tutti la terminologia medica. L'infermiere sa spiegare tutto ai suoi pazienti ma non sa "spiegare" se stesso alla società, il suo ruolo, il suo prestigio professionale. Gli infermieri sono la categoria più numerosa della Sanità. E sono anche la categoria che, in proporzione, ha meno peso su stampa e tv. Stiamo parlando del fatto - e di fatto si tratta, non di opinione - che per contare nella società moderna, non si può prescindere dall'aver sui media una immagine positiva.

L'IPASVI FA PIÙ FESTA PER UNA RIGA (CHE DICE BENE DELLA PROFESSIONE) USCITA SUL Corriere della Sera CHE PER 99 RIGHE USCITE SU L'Infermiere

E' importante convincersi che i giornali in cui "entrare" sono quelli che tutti

leggono, quelli più diffusi e popolari, quelli che si occupano di tutto e di tutti.

Ma il problema non è solo quello di *non essere* nei media in negativo. E' il bisogno e l'opportunità di *esserci da protagonisti in positivo*.

Qualsiasi organizzazione che abbia da dire delle cose interessanti per la società sa che deve passare per due canali: giornali e televisioni (Internet è formidabile ma è ancora elitario). Si *possono fare le cose migliori del mondo*, lavorando duramente e con responsabilità. Se per tutto ciò si *vogliono "raccolgere i frutti"* e si mira anche al giusto riconoscimento sociale (dal quale scaturisca anche l'avallo dell'opinione pubblica del *riconoscimento economico*) occorre che queste cose si facciano conoscere al maggior numero di persone possibile. Il modo è anche quello di avere visibilità sui giornali e in televisione. Non solo sulla stampa specializzata né su quella di categoria. I lettori abituali de "L'Infermiere" conoscono già la professione e il suo valore. Le informazioni corrette sugli infermieri devono arrivare sulla *stampa generalista*: sul quotidiano che tutti leggono al bar, al telegiornale locale, al giornale radio. Perché - sia ben chiaro - sono questi i media che arrivano a tutti, che "fanno opinione", che sanno parlare a tutti e sanno farsi capire da tutti: dal parlamentare alla casalinga, dal docente universitario all'operaio.

L'UFFICIO STAMPA NON È UN LUSSO

Ci siamo chiesti perché altri professionisti diversi dagli infermieri non vengono trattati così male, come dicevamo all'inizio, dai media? Una delle spiegazioni sta nel fatto che, molte categorie storicamente consolidate, anche tramite le loro organizzazioni hanno istaurato un rapporto con le *redazioni, anche locali*. Ma una corretta immagine sui media non è solo questione di "conoscenze". E' soprattutto fatta di professionalità. E' arrivata l'ora per gli infermieri di investire risorse umane e professionali con la creazione di seri Uffici Stampa. Negli uffici stampa ci andrà chi sa quali sono *i tempi*

e i modi di lavorare dei giornali e delle televisioni. In sintesi ci vuole chi sa rendere più facile il lavoro dei giornalisti che parlano di noi. Ci sono categorie professionali che queste cose le hanno capite da tempo. Non si può continuare a pensare che i rapporti con i media si possano improvvisare di volta in volta. Né concepire i rapporti con le redazioni giornalistiche come momenti patologici e straordinari, solo per chiedere precisazioni o smentite.

Per ogni Collegio IPASVI, che deve e vuole rappresentare gli infermieri presso la società locale, i rapporti con i media saranno normalità, *fisiologia e non più patologia*. E' ovvio che ci vorrà grande impegno da parte di tutti. Per migliorare l'immagine pubblica degli infermieri si dovrà lottare contro concezioni e mentalità stereotipate consolidate in decenni di silenzio-assenso, di "cultura senza scrittura nei giornali". Nella nostra società non ci sono organizzazioni pubbliche o private che si rispettino (aziende, enti,

associazioni di un certo livello) che non siano dotate di ufficio stampa.

Di quanto sia importante la comunicazione attraverso giornali e tv se ne è reso conto (col solito ritardo) anche lo Stato. Con la legge 150 del 2000 ha finalmente detto chiaro e tondo che è arrivato il tempo per le Amministrazioni Pubbliche di dotarsi di uffici stampa e che questi devono essere affidati a professionisti dell'informazione e della comunicazione. *Il giornalista fa un lavoro delicato*, ha tempi strettissimi per valutare e scrivere di fatti che sono sconosciuti ai più. Il suo pezzo deve essere veritiero, accurato, completo. E deve uscire subito sullo schermo o sul giornale. Un lavoro difficile che incontra barriere o pressioni di ogni genere. E' ora che il mondo degli infermieri e quello di stampa e tv *istaurino un rapporto serio e costante*. A vantaggio di tutta la collettività!

Autore:

Lorenzo Salvagio, infermiere e giornalista.

in pillole

L'American Diabetes Association (ADA) si è pronunciata in favore della prevenzione primaria e secondaria della cardiopatie mediante somministrazione di acido acetilsalicilico (ASA) sulla base di una review tecnica recentemente pubblicata. In effetti, è stata da tempo dimostrata in vitro una particolare sensibilità agli agenti aggreganti delle piastrine dei soggetti diabetici, nonché una eccessiva produzione di trombociti nei pazienti affetti da diabete tipo 2. D'altra parte, è ben noto l'ottimo rapporto tra rischi e benefici della terapia antiaggregante con ASA anche in questa fascia della popolazione. L'ADA ha anche tracciato alcune linee guida ad hoc. Per cominciare, tutti i diabetici con precedenti cardiovascolari dovrebbero essere sottoposti alla profilassi. Per quanto riguarda la prevenzione primaria, invece, è stato tracciato il seguente identikit dei soggetti potenzialmente candidati alla prevenzione primaria con ASA: familiarità per la malattia coronaria; fumo; ipertensione; obesità (peso pari al 120% di quello ideale oppure BMI superiore a 28 nelle donne e a 27,3 negli uomini); albuminuria (micro e macro); profilo lipidico con le seguenti caratteristiche: colesterolo totale superiore a 200 mg/dl, colesterolo LDL superiore a 130 mg/dl, colesterolo HDL inferiore a 40 mg/dl, trigliceridi superiori a 250 mg/dl.

Obiezione di coscienza e pratiche abortive

Il problema dell'eventuale obbligo, per gli infermieri strumentisti di sala operatoria che hanno esercitato l'obiezione di coscienza ai sensi della legge 22 maggio 1978, n. 194, di assistere il medico in sala operatoria nelle pratiche abortive, ha suscitato diversi interrogativi negli iscritti a questo Collegio, interrogativi che ci hanno indotto a ritenere utile la stesura di questo articolo.

Ai sensi dell'art. 9 della legge n. 194 cit. *"Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 [ossia le pratiche abortive lecite - n.d.r.] ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezioni con preventiva dichiarazione"*.

Lo stesso art. 9 prevede una procedura per la validità dell'obiezione di coscienza: la dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dell'ospedale o della casa di cura, anche al direttore sanitario entro un mese dall'entrata in vigore della legge 194, ovvero dal conseguimento dell'abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni previdenziali dirette alla interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che comporti l'esecuzione di tali prestazioni.

Ovviamente, la dizione *"personale sanitario"* include anche gli infermieri, non foss'altro perché, all'epoca in cui fu emanata la legge essi erano annoverati tra esercenti una professione sanitaria e

ausiliaria. La tesi qui sostenuta, ossia che l'obiezione di coscienza si estende anche agli infermieri, trova conferma, come si vedrà di seguito, nella giurisprudenza.

Secondo giurisprudenza, l'art. 9 della legge 194 cit. configura un vero e proprio *"diritto potestativo che si esplica attraverso un atto giuridico in senso stretto, di natura recettizia, revocabile, né soggetto a decadenza e proponibile in ogni tempo"* (T.A.R. Puglia, 10 febbraio 1986, n. 88).

Sempre secondo la giurisprudenza, *"l'art. 9 L. 22 maggio 1978, n. 194, [...] non ha voluto fare riferimento ad una partecipazione o collaborazione abituale né ad una particolare categoria di operatori sanitari e neanche ad interventi specifici, in quanto qualsiasi sanitario od esercente le attività ausiliarie che abbia preventivamente e con le modalità di legge sollevato obiezione di coscienza e che venga chiamato, anche occasionalmente, a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 cit., o ad interventi specifici, ha il diritto riconosciuto dalla norma di astenersene"* (T.A.R. Emilia Romagna, 29 gennaio 1981).

In senso contrario si segnala Pret. Penne, 6 dicembre 1983, secondo cui *"la preparazione di un campo sterile per la collocazione di una candeletta di laminaria nell'utero della paziente, al fine di ottenere una dilatazione graduale del canale cervicale, non costituisce attività specificamente e necessariamente diretta a determinare l'interruzione della gravidanza e, quindi, indebitamente viene rifiutata dal personale sanitario o ausiliario che invochi l'obiezione di coscienza"*.

L'art. 9 della legge 194/78, tuttavia, è stato autorevolmente interpretato come norma generica e omnicomprensiva (T.A.R. Reggio Emilia, 29 gennaio 1981) e, in ogni caso, assoggettata ai limiti dell'obiezione di coscienza anche il "prendere parte [...] agli interventi per l'interruzione della gravidanza".

Si consideri, anche che lo stesso art. 9, comma 5, L. 194/78 prevede che "l'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario, ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo".

Per concludere, si ritiene che, qualora gli infermieri strumentisti addetti alla sala operatoria abbiano validamente manifestato la volontà di esercitare il

diritto all'obiezione di coscienza, essi non possano essere costretti a prendere parte agli interventi relativi a pratiche abortive, salvo il caso in cui vi sia la necessità di salvare la vita della donna.

Come primo atto cautelativo gli infermieri possono (secondo quanto previsto dal vigente CCNL in tema di procedimento disciplinare) contestare per iscritto e motivatamente, l'ordine impartitogli ed attendere un eventuale ordine di servizio scritto emesso dall'Azienda. Qualora l'ordine scritto venga emesso essi sono obbligati ad adempiere, almeno al fine di evitare una sanzione disciplinare.

Naturalmente, gli infermieri potranno *medio tempore* valutare l'opportunità di intraprendere un'azione legale per inibire l'illegittimo comportamento.

Avv. Alessandro Cuggiani

in pillole

Missione cervello

Si chiama EBRI (European Brain Research Institute) ed è il primo centro europeo per gli studi sul cervello. Il progetto, ideato dal premio Nobel Rita Levi Montalcini, ha la sua sede operativa a Roma, nella struttura messa a disposizione dalla Fondazione Santa Lucia. L'Istituto punta ad evitare dispersioni di risorse professionali, conoscenze scientifiche, costose attrezzature tecniche. Gli studi riguardano in particolare la comprensione dei meccanismi di patologie neurodegenerative e autoimmunitarie. Oltre ad unire ricercatori di varie discipline, l'EBRI recita anche il ruolo di promotore dello sviluppo di nuove tecniche applicate alle neuroscienze: dalle bioimmagini alla biologia molecolare, dalla genomica alle reti neurali e alle nanotecnologie.

Una proteina per crescere

I ricercatori della Carnegie Mellon University stanno indagando sul ruolo svolto da una proteina centrale nel processo di crescita delle ossa con l'obiettivo di poterla utilizzare per evitare interventi particolarmente dolorosi come l'innesto di ossa. Negli esperimenti condotti su topi geneticamente modificati, si è visto che la proteina denominata RUNX funziona da interruttore generale per lo sviluppo delle ossa. I topi privi della proteina, infatti, non sviluppano lo scheletro. Ora i ricercatori contano di iniziare le prime sperimentazioni sugli animali per vedere se la proteina in questione riesce anche a far ricrescere le ossa. Il loro progetto è stato approvato e finanziato dal National Institutes of Health e dal National Institute of Standards and Technology.

Gentile presidente,
l'equipollenza tra vecchio e nuovo ordinamento (equipollenza tra diploma e laurea per infermieri) recentemente sollecitata dai Collegi Ipasvi (Collegi: chi li dirige? In gran parte forse infermieri che hanno goduto del periodo del "diplomificio" delle varie scuole e convitti degli anni passati?) è uno schiaffo corporativo ai sacrifici sostenuti in ambito universitario.

Secondo i dirigenti del Collegio Ipasvi, il diploma è uguale alla laurea (incredibile mostro giuridico). Affermano difatti che non ci sono infermieri di serie A e di serie B (quindi per l'Ipasvi non ci sono titoli di studio di serie A e di serie B... Sogniamo o siamo desti?).

E allora, perché istituire la laurea di infermiere se alla fine sono tutti uguali? Anzi, il Collegio ha pensato bene di favorire ancora di più chi non ha la laurea ma solo il vecchio diploma, inventandosi lo sbarramento di cinque anni di lavoro per i neolaureati infermieri, impedendo così per ben cinque lunghi anni di iscriversi alla laurea specialistica di secondo livello e favorendo l'iscrizione a questi corsi solo di coloro che già lavorano, ossia i vecchi infermieri diplomati. E lo stesso vale per le iscrizioni ai master professionali. E le università stanno a guardare?

Lettera firmata
da infermieri con D.U.

Cari colleghi,
credo di poter affermare che la vostra osservazione muove da un presupposto sbagliato. L'equipollenza dei titoli non attiene alle capacità professionali dei colleghi e tanto meno consente di distin-

guere, in questa chiave, tra infermiere ed infermiere. Insomma, l'equipollenza dei titoli non equivale affatto a un livellamento della preparazione degli IP, ma stabilisce una uguale opportunità di proseguire gli studi per tutti i colleghi, nel segno indiscutibile di una crescita culturale e professionale complessiva della professione infermieristica.

Non dobbiamo dimenticare, infatti, che la professione è esattamente la stessa anche per chi non ha conseguito la laurea, che si misura ogni giorno con i medesimi problemi e sostiene un'identica fatica sul proprio posto di lavoro. Di più: è utile forse rammentare a tutti i colleghi che se oggi gli infermieri italiani hanno l'opportunità di raggiungere una laurea, questo lo si deve soprattutto ai colleghi non laureati che hanno rivendicato tale traguardo per anni, sostenendo una dura ed estenuante battaglia che ha dato i suoi frutti. E' dunque il caso di non montarsi la testa per il solo fatto di avere in tasca un diploma di laurea, di non sentirsi per questo "superiori" rispetto ai colleghi non laureati. Anzi, è necessario e giusto nutrire il massimo rispetto per questi ultimi e, al contempo, un senso di riconoscenza profonda per quanti, con il loro impegno, hanno creato le condizioni per quella crescita professionale che ha condotto gli infermieri all'ottenimento della laurea.

E' bene inoltre ricordare che altre categorie professionali, come nel caso degli assistenti sociali, stanno conducendo una dura battaglia a livello parlamentare per ottenere ciò che gli infermieri hanno già ottenuto: l'equipollenza dei titoli per l'accesso alla laurea, appunto.

Un motivo ci sarà pure. Non credete?

Solidarietà

La compagnia teatrale "Attrazioni immaginarie", in occasione della prossima Giornata Internazionale dell'Infermiere, rappresenterà al Teatro "Ghione" in via delle Fornaci n. 37 a Roma, giovedì 15 maggio 2003, alle ore 20.30, l'esilarante commedia dal titolo: "Lo spione della scala C" di Samy Fayad per la regia di Antonello Setzu.

L'incasso della serata sarà interamente devoluto, tramite l'Associazione italiana Amici di Raoul Follerau - Organizzazione per la Cooperazione sanitaria Internazionale senza scopo di lucro - onlus, per il Progetto Aifo Kimbao - Repubblica Democratica del Congo, che, tra le altre cose, prevede il sostentamento di una Scuola Infermieri in Congo.

Per le prenotazioni rivolgersi al collega Romigi Gaetano "referente" del Collegio per l'ASL Roma "C" - Lav. 06/5017651 - Cell. 329/2043693 opp. 347/5918639 - Fax 06/5021590 - e-mail: scuola.infermieri@aslmc.it

IL COLLEGIO IN TV

**Per informarti in tempo reale
su tutto quanto fa... infermiere**

**Televideo
Regionale RAI**

**La pagina assegnata
al Collegio Ipasvi di Roma é...**

439



In questo numero abbiamo voluto segnalare alcuni links riguardanti l'assistenza al malato neurologico, e più in generale alle patologie neurologiche; ecco alcuni spunti in rete da cui partire:

A.N.I.N.

<http://www.anin.it/>

Forse l'unica risorsa italiana importante nel panorama infermieristico di questa specialità; o quantomeno storica.

Questa Associazione pubblica l'interessantissima rivista istituzionale neu.

ITALIAN STROKE FORUM

<http://www.strokeforum.org/>

Un'Associazione multidisciplinare per la prevenzione, cura e riabilitazione dell'ICTUS.

Informazioni su linee guida, pubblicazioni, servizi internet, ecc. Abstract del Convegno in linea.

S.I.N.

<http://www.neuro.it/>

La Società Italiana di Neurologia ci offre, oltre alla rivista, la possibilità di consultare articoli in full text. Le indicazioni sono in homepage. Gratuite le linee guida che, anche se a carattere prettamente

medico, possono offrire un buon terreno di partenza per ulteriori ricerche.

NEURO.CARE

<http://www.neurocare.it/>

Catalogo di risorse essenziali in Neurologia su Internet, a cura dell'Istituto Mario Negri (purtroppo quasi interamente a carattere medico)

SONIA HOME PAGE

<http://digilander.libero.it/SteGioSo/sonia.html>

Il sito curato da una collega infermiera, ci illustra delle valide argomentazioni sull'Alzheimer. Da segnalare le presentazioni di Microsoft Powerpoint e disquisizioni sulla Cartella infermieristica come pianificazione dell'assistenza infermieristica.

ALZHEIMER ITALIA

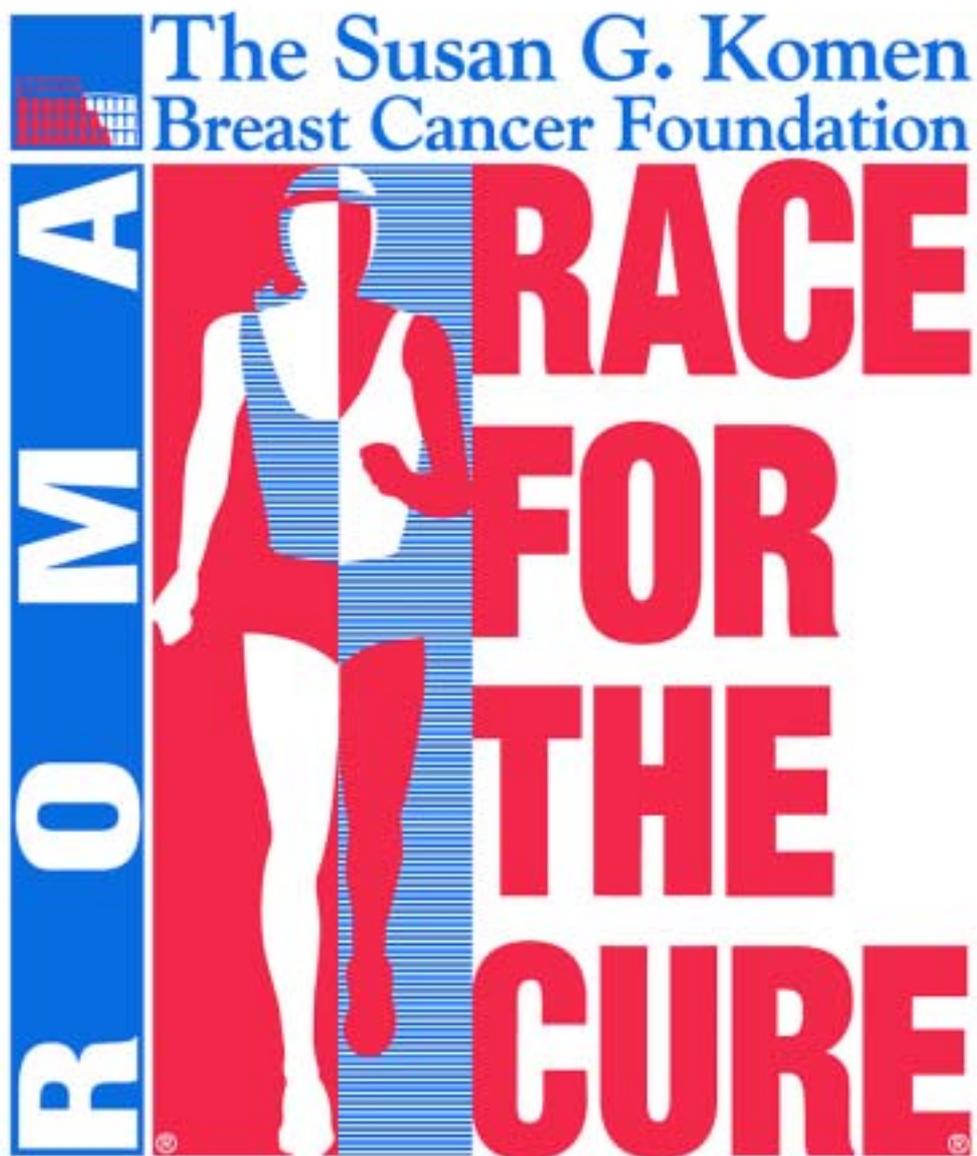
<http://www.alzheimer.it/>

La Federazione Nazionale che si occupa di questa problematica clinica; utili notizie.

A cura di Fabrizio Tallarita

*Webmaster del Collegio IPASVI di Roma
webmaster@ipasvi.roma.it*

www.ipasvi.roma.it



17 Maggio • Terme di Caracalla
VILLAGGIO DELLA PREVENZIONE
Mammografie over 40 anni
Visita medica ed ecografia gratuite
Tel 06 30155445 - 06 3050034

18 Maggio • Terme di Caracalla
IV^a EDIZIONE RACE FOR THE CURE

GLI INFERMIERI ROMANI PER LA PREVENZIONE DEL CANCRO DEL SENO