

m infermiere oggi

Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro: Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB Roma



3

XII MAGGIO

Giornata Internazionale dell'Infermiere

Le nostre armi sono la professionalità,
l'impegno e la consapevolezza.
Il nostro obiettivo è difendere la vita a oltranza.

326.000
infermieri
schierati
ogni giorno
a difesa
della vita.

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma

Direzione - Redazione - Amministrazione
Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 ROMA
Tel. 06.37511597 - Fax 06.45437034

DIRETTORE RESPONSABILE
Gennaro Rocco

SEGRETERIA DI REDAZIONE
Nicola Barbato, 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 gennaio/marzo 2004
Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro: Poste Italiane S.p.A.
- Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB Roma
Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 90
del 09/02/1990

FOTO: MARIO ESPOSITO

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



ASSOCIATO
ALL'UNIONE
STAMPA
PERIODICA
ITALIANA

Finito di stampare: Aprile 2004

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.

1 EDITORIALE

di Gennaro Rocco

3 Utilità, efficacia ed indicazioni dell'informazione preoperatoria di Tatiana Vizzi

7 Tecniche di tracheotomia dilatativa percutanea: assistenza infermieristica in Terapia Intensiva post-chirurgica di Mariagrazia Ramunno

10 Criteri di verifica della performance in assistenza domiciliare di Marco G. Scazzola

15 L'infermiere e il paziente affetto da sclerosi multipla: l'apprendimento di comportamenti interpersonali, gruppi funzionali, e strategie di conduzione di Francesca Ianni

18 "Saper essere" un capo ideale nelle aziende sanitarie.....mito o realtà? di Mariarita Barberis

21 Relazione del Presidente all'assemblea degli Iscritti

35 La prevenzione delle malattie infettive, sul territorio: "Infermieri in prima linea" di Maurizia D'Amore

43 Gestione del drenaggio toracico di Marco Romani

50 L'Isterectomia

56 Linea diretta con il Presidente

58 Infermieri in rete

59 L'angolo dei media

61 Sessualità, fertilità ed incontinenza di Maria Rosa Basso

Procreazione assistita, il vuoto che spaventa

di Gennaro Rocco

Dopo un lungo dibattito parlamentare, caratterizzato da un confronto che spesso si è acceso fino allo scontro, non senza una pronunciata radicalizzazione delle posizioni in campo, l'Italia si è dotata di una legge sulla procreazione assistita. Una legge che ha diviso le aule parlamentari, l'opinione pubblica, lo stesso mondo della sanità e che mostra di non aver concluso definitivamente il suo iter con la doppia iniziativa referendaria che punta ad abrogarla. Si tratta, in verità, di una materia assai complessa e delicata, che prima ancora della scienza chiama in causa la coscienza di tutti, il modo in cui ogni singolo individuo si pone di fronte alla vita e alle possibilità della tecnica di intervenire sui suoi processi generativi. Era da ritenersi scontato, dunque, un dibattito tanto acceso. Così pure ci si poteva aspettare una coda marcatamente polemica. La legge dà accesso alle tecniche di procreazione assistita alle coppie eterosessuali in età fertile, vieta la fecondazione eterologa, riconosce i diritti del nascituro, proibisce la clonazione umana e la sperimentazione sugli embrioni, stabilisce rigide limitazioni alla produzione e alla conservazione degli embrioni stessi. Come sempre accade in questi casi, chi perora la validità della scelta normativa e chi si batte per abolire una legge che considera sbagliata pone sul tavolo le



proprie ragioni; nell'uno e nell'altro caso lo fa con convinzione, supportato da osservazioni che il cittadino, e ancor prima l'operatore sanitario, avverte spesso come giuste, plausibili, entrambe convincenti.

E' il classico caso che pone un intero Paese al cospetto di un'opzione difficile, che coinvolge il piano etico, quello morale e comporta strette implicazioni di carattere religioso. Una scelta che, pertanto, una volta assunta, definisce l'immagine e il carattere stesso di una comunità nazionale, distinguendola da altre; una scelta, insomma, che segna la storia di un Paese e il suo futuro.

Non sfugge a nessuno, e agli infermieri in particolare, l'importanza di regolamentare per legge una materia tanto cruciale, imperniata su principi che si pongono ai confini stessi tra la scienza e l'etica e che coinvolgono in prima persona tutti gli attori della sfera sanitaria.

Pur senza voler entrare nel merito del dibattito politico, appare comunque evidente la necessità di potersi riferire ad una norma precisa per non imbattersi nella discrezionalità che, in una materia come questa, diventa quanto mai rischiosa. Insomma, una legge ci vuole, è indispensabile per evitare l'insorgere di una situazione da far west, per impedire che sia il libero arbitrio del ginecologo di turno a regolare la pratica della procrea-

zione assistita.

Lo scenario che si proporrebbe in assenza di una normativa è lo stesso che ha caratterizzato la storia recente del nostro Paese: una sorta di giungla in cui risulta impossibile scorgere i confini morali della pratica medica; uno scenario a cui, dopo essere faticosamente approdati ad una legge quadro, rinunciavamo volentieri.

Da qui la preoccupazione per una possibile cancellazione della norma attraverso lo strumento referendario. Questo, infatti, per il nostro impianto costituzionale, è puramente abrogativo; non indica perciò una correzione di rotta, non introduce migliorie ma annulla tutto, riportando lo stato dell'arte a zero. Per gli infermieri italiani, che da sempre hanno invocato la regolamentazione della materia, sarebbe certamente un passo indietro.

Il vuoto legislativo è quanto di peggio

possa accadere in tema di procreazione assistita, soprattutto oggi che la scienza e la tecnologia ci propinano possibilità di intervento che contemplan tutto e il contrario di tutto, all'insegna di una deregulation sempre più spinta, con la gran mole di rischi che ciò comporta.

La norma approvata dal Parlamento, frutto di contributi e opposizioni trasversali all'intero quadro politico, può essere certamente cambiata, integrata, migliorata, affinata. Abrogarla senza un accordo per adottarne un'altra vuol dire invece riproporre il caos preesistente, la giungla appunto, per chissà quanti anni ancora.

Salvaguardare gli aspetti etici e morali di una pratica tanto delicata diviene dunque una richiesta categorica per una professione, come quella infermieristica, che su tali aspetti fonda la sua stessa esistenza, il suo sviluppo e le sue più profonde aspirazioni.

L'ASSISTENZA... IN SICUREZZA

Ora anche gli infermieri hanno la loro copertura assicurativa per la responsabilità civile.

Il sistema di protezione messo a punto da Ipasvi con la compagnia Reale Mutua Assicurazioni costituisce un importante "cappello protettivo" della categoria contro il rischio di richieste di risarcimento per responsabilità professionale. L'adesione alla convenzione è su base volontaria.

Non solo polizza assicurativa; il sistema è concepito per controllare i rischi effettivi della professione e per offrire agli iscritti una costante consulenza nelle questioni riferite alla responsabilità professionale. Non più l'infermiere che da solo deve fronteggiare avvocati e medici legali, ma una difesa collettiva della categoria. E la tutela del singolo infermiere diventa la difesa di tutta la professione.

E' aperta la campagna di sottoscrizione volontaria della polizza.

Le adesioni si ricevono presso i Collegi provinciali di appartenenza. Il Collegio Ipasvi di Roma ti aspetta per ogni possibile chiarimento.

Informazioni disponibili anche sul sito della Federazione Nazionale Ipasvi: www.ipasvi.it (sezione "polizza R.C.").

Utilità, efficacia ed indicazioni dell'informazione preoperatoria

Tatiana Vizzi

Nel 1975 Jack Haivard ottenne la prima evidenza scientifica dell'utilità dell'educazione sanitaria preoperatoria. Utilizzando un campione iniziale di 68 pazienti chirurgici riuscì a dimostrare come l'educazione sanitaria preoperatoria non solo riduceva l'ansia dei pazienti ma li aiutava anche a controllare il dolore. Nel post operatorio, infatti, la richiesta di analgesici da parte dei pazienti sottoposti ad un programma di educazione era minore rispetto a quella degli altri⁽¹⁾.

Da allora si sono accumulati una notevole quantità di dati sugli effetti dell'educazione sanitaria preoperatoria.

È stata condotta una revisione di questi dati presenti in letteratura ed una volta valutata la reale efficacia ed utilità dell'educazione sanitaria preoperatoria si è cercato di individuare le sue principali indicazioni.

L'ansia può essere definita come la risposta emotiva derivante da un evento minaccioso, imminente che nel nostro caso è rappresentato dall'intervento chirurgico e che, sempre nel nostro caso, è accentuata dal fatto che i pazienti entrando in ospedale si vengono a trovare in un ambiente estraneo, al di fuori del normale contesto delle proprie vite, che può disturbare ancora di più la loro integrità psichica. A tale scopo, vanno considerati i dubbi dei pazienti circa il ritorno allo stato di autonomia precedente l'intervento chirurgico e i timori legati alla percezione

delle procedure anestesologiche e chirurgiche come potenzialmente pericolose per la loro personale integrità^(2,3).

Molta di questa ansia deriva dalla mancanza di conoscenza riguardo la malattia da cui sono affetti e riguardo le procedure chirurgiche a cui saranno sottoposti⁽²⁾.

Nel 2002 Hughes ha prodotto la più aggiornata review sull'argomento. L'autore ha considerato tutti i lavori degli ultimi trenta anni trovando una notevole quantità di dati a favore dell'educazione sanitaria preoperatoria⁽²⁾.

È provato, infatti, che l'educazione preoperatoria, non solo riduce l'ansia dei pazienti, ma può influire positivamente sul controllo del dolore postoperatorio e addirittura può determinare un accorciamento della degenza⁽²⁾.

Boore ed i suoi collaboratori nel 1987 hanno condotto alcuni studi ed hanno dimostrato come l'ansia prolungata determina un incrementato consumo di proteine da parte dell'organismo, un prolungamento dei tempi di cicatrizzazione delle ferite chirurgiche, una diminuzione della risposta immunitaria, un rischio di infezioni aumentato ed infine uno squilibrio idroelettrolitico⁽⁴⁾.

Tutti elementi che possono, chiaramente, influire sulla degenza postoperatoria⁽²⁾.

Diversi sono i modi utilizzati in tutti questi anni per informare i pazienti: dal semplice colloquio all'impiego di moduli scritti più o meno dettagliati, fino

all'utilizzo di mezzi audio visivi⁽⁵⁾.
L'informazione, inoltre, può essere strutturata o non, può essere fornita al singolo paziente o a gruppi⁽¹⁾.
Di fondamentale importanza sono i contenuti dell'informazione: descrizione delle procedure cui sarebbe sottoposto il paziente o delle sensazioni che avrebbe provato sia fisiche (dolore) sia sensoriali (ciò che egli può sentire, gustare, odorare, vedere)^(2,6).
Attualmente si ritiene che il modo migliore di informare il paziente sia mediante un colloquio personale, usando dei modelli di informazione strutturata e che oltre a fornire elementi sulle procedure sia anche utile dare informazioni circa le sensazioni^(2,5,6,7,8).
Per quanto riguarda quale sia la figura ospedaliera maggiormente indicata nel fornire questo tipo di educazione sia Hughes che altri autori la identificano nell'infermiere per la sua naturale predisposizione ad instaurare un rapporto con il paziente. A tale scopo si è visto infatti che per molti pazienti è di fondamentale importanza creare con l'infermiere che lo assiste un rapporto di amicizia che indubbiamente contribuisce a ridurre lo stress a cui è sottoposto^(2,8).
Un altro elemento di discussione riguarda il momento più opportuno in cui sottoporre i pazienti all'educazione preo-

operatoria. A tale riguardo i risultati presenti in letteratura sono contrastanti tuttavia la maggior parte degli autori ritiene che il momento migliore non sia quello dell'entrata in ospedale né tantomeno prima dell'accesso in sala operatoria, ma piuttosto alcuni giorni prima del ricovero^(2,10,11).

Tutti gli studi da noi considerati valutano l'efficacia dell'educazione sanitaria preoperatoria considerando due gruppi di pazienti: uno di studio, informato, ed uno di controllo non informato.

La valutazione dell'efficacia è stata ottenuta misurando, in vari periodi del postoperatorio, alcune variabili quali il tempo di ospedalizzazione, la febbre, la richiesta di analgesici. In altri casi sono state utilizzate scale di auto valutazione psicologica come la State-Trait Anxiety Inventory o la Profile of Mood State. Sono state impiegate anche anche autovalutazioni fatte dai pazienti circa l'appetito, la mobilità, il sonno⁽¹⁾. I risultati ottenuti sono tutti concordi nell'indicare una reale efficacia dell'informazione preoperatoria. Tuttavia come un più attento esame dei dati mette in evidenza aspetti finora poco considerati.

Innanzitutto i pazienti presi come campione dai singoli autori non sono in numero considerevole ed in secondo luogo le ricerche finora condotte non sono state impostate come studi sperimentali mancando di elementi statistici validi, come ad esempio la randomizzazione⁽²⁾.

In terzo luogo i diversi studi mancano di omogeneità: ciascuno è differente dall'altro per tipo di paziente, di procedure chirurgiche, di modo di educazione e per questo è impossibile sommare i risultati ottenuti dai diversi autori⁽²⁾.

Inoltre, in molti casi, i pazienti del gruppo di controllo, erano inviati



in sala operatoria senza la minima conoscenza di quello a cui stavano andando incontro e potevano avere, proprio per questo motivo, livelli di ansia e di stress più elevati⁽²⁾.

Ed è a questo punto che Hughes muove la critica maggiore. Infatti di tutti gli autori da lui considerati nessuno ha riportato dati circa il controllo da parte di un comitato etico: giustamente fa notare l'autore dell'articolo come possano esserci vari gradi di educazione preoperatoria e non è detto che il gruppo di controllo non debba avere un minimo di informazione sulle procedure chirurgiche a cui andrà incontro⁽²⁾.

Abbiamo trovato un solo lavoro, scritto nel 1998 da Lilja e coll., che ha ottenuto risultati opposti da quelli considerati finora⁽¹²⁾.

Gli autori hanno analizzato gli effetti dell'informazione preoperatoria su due gruppi di pazienti: il primo costituito da malati che dovevano subire un intervento per protesi d'anca, il secondo gruppo formato da pazienti che dovevano essere sottoposti ad intervento chirurgico per cancro della mammella⁽¹²⁾.

Lo studio ha verificato i livelli di stress pre operatorio utilizzando il dosaggio del cortisolo e la scala dell'ansia proposta da Hicks e Jenkins nel 1988 e ha rilevato come questi siano aumentati nei pazienti sottoposti ad informazione preoperatoria⁽¹²⁾.

Mitchel è uno degli autori che maggiormente si sono occupati della problematica inerente l'educazione sanitaria preoperatoria. Questo autore è convinto del fatto che esistono diversi pazienti con diversi caratteri psicologici e che quindi l'ansia debba essere affrontata in modo differente a seconda della psicologia dei vari pazienti⁽¹³⁾.

Mitchel riportando le teorie di Rotter formulate nel 1966 distinguere due tipi di individui. Un primo tipo è una persona che crede fermamente nei propri mezzi, è sicuro di sé, è convinto che il suo futuro è nelle proprie mani. Sarà questo il tipo di individuo che vorrà essere coinvolto maggiormente e che richiederà informazioni precise e detta-



gliate⁽¹³⁾.

Il secondo tipo è rappresentato da un essere fatalista che crede che il suo futuro sia influenzato più dalla fortuna e dal destino che dai propri mezzi. Saranno queste le persone a cui sarà opportuno fornire il minor numero di informazioni⁽¹³⁾.

Quindi il paziente che desidera ricevere una grande quantità di informazioni può aumentare il suo stato di ansia se gliene forniscono poche; viceversa il paziente che vuole poche informazioni può essere agitato se gli vengono fornite tante notizie⁽¹³⁾.

L'autore afferma che sarà cura dell'operatore sanitario capire che tipo di paziente ha di fronte e quindi valutare quale sarà il tipo di informazione di cui ha bisogno.

Mitchel ha cercato di verificare questa teoria mediante uno studio in cui ha correlato ciascun tipo di paziente con l'informazione che secondo Rotter

doveva essere fornita ed ha analizzando i risultati⁽¹³⁾.

Ebbene non sempre è stato possibile evidenziare una correlazione come invece postulato da Rotter. L'autore ha quindi concluso che il tipo di informazione e il modo con cui viene data deve essere correlata con il paziente che si ha di fronte, senza troppi schematismi. Sarà il paziente stesso che ci farà capire il livello di informazione da lui richiesto⁽¹³⁾.

Questo è uno dei pochi lavori che non enfatizza l'educazione sanitaria preoperatoria ma afferma, giustamente, come questa per non avere gli effetti opposti debba essere quasi ritagliata su misura a seconda della psicologia di ogni paziente⁽¹³⁾.

Che sia importante curare gli aspetti

psicologici di un paziente candidato ad intervento chirurgico è ormai indubbio, così come è ormai indubbia l'utilità e l'efficacia dell'educazione sanitaria preoperatoria.

Quello che invece ci auspichiamo sia ulteriormente studiato è come questa educazione debba essere adattata alla psicologia dell'individuo che abbiamo di fronte.

AUTORI

Tatiana Vizzi

Infermiera di sala operatoria

Azienda Ospedaliera

San Giovanni Addolorata Roma

Studentessa Master di

Management - IDI - Roma

bibliografia

1. Di Giulio P. L'educazione sanitaria è davvero efficace? Rivista dell'infermiere 1990; 9(1): 25.
2. Hughes S. The effects of giving patients pre-operative information. Nurs Stand 2002; 16(28): 33.
3. Swindale JE. The nurse role in giving pre-operative information to reduce anxiety in patients admitted to hospital for elective minor surgery. J Adv Nurs 1989; 14:899.
4. Boore J et al. Nursing the physically ill adult. Churchill Livingstone. London 1987.
5. Caress A L. Giving information to patients. Nurs Stand 2003 July 9;17(43):54.
6. Mitchel M. Nursing intervention for pre-operative anxiety. Nurs Stand 2000; 14(37): 40.
7. Walker J A Emotional and psychological preoperative preparation in adults. Brit J Nurs 2002; 11(8):567.
8. Watts S, Brooks. Patients' perceptions of the preoperative information they need about events they may experience in the intensive care unit. J Adv Nurs 1997; 26:85.
9. Lindwall L, Von Post I, Bergbom I. Patient' and nurses' experience of perioperative dialogues. J Adv Nurs 2003; 43(3):246.
10. Kent E. Improving outcomes through preoperative teaching. Nurs Tim 1999 Jan 6; 95 (1) 54.
11. Lepczyk M, Hunt E, Rowley C. Timing of preoperative patients teaching. J Adv Nurs 1990; 5:300.
12. Lilja Y, Rydèn S, Fridlund Bengt. Effects of extended preoperative information on perioperative stress: an anaesthetic nurse intervention for patients with breast cancer and total hip replacement. Intensive and critical care nursing 1998; 14: 276.
13. Mitchel M. Patients' perceptions of pre-operative preparation for day surgery. J Adv Nurs 1997; 26:356.

Tecniche di tracheotomia dilatativa percutanea: assistenza infermieristica in Terapia Intensiva post-chirurgica

di Mariagrazia Ramunno

INTRODUZIONE

La modalità di esecuzione della tracheotomia ha subito notevoli modifiche nel corso degli ultimi anni, sia in funzione dell'estensione dell'indicazione, sia in funzione di problematiche gestionali. Accanto alla classica metodica di tracheotomia sono comparse tecniche che prevedono, dopo una "puntura" della parete tracheale, l'introduzione di dilatatori per via esterna o per via endoscopica fino a raggiungere un'apertura idonea per l'introduzione di una cannula di diametro adeguato. Distinguendole da quelle di tipo chirurgico tradizionale, possiamo definirle come tecniche dilatative percutanee o TDP, evidenziando come esse siano attualmente in uso in terapia intensiva.

TECNICHE DI TRACHEOTOMIA PERCUTANEA IN TERAPIA INTENSIVA POST-CHIRURGICA

La maggior parte dei pazienti ricoverati in terapia intensiva richiede l'intubazione oro-tracheale o naso-tracheale per mantenere la pervietà ed il controllo delle vie aeree.

Le indicazioni più comuni all'intubazione tracheale sono la compromissione dello stato di coscienza e dei riflessi laringei e, più spesso, la necessità di assistenza ventilatoria in caso di insufficienza respiratoria.

La tracheotomia deve essere effettuata il più precocemente possibile (7°-10° giorno) sulla base di una attenta valutazione clinica; l'esecuzione tardiva (3°-4° settimana) è oggi considerata l'atteggiamento più rischioso in quanto la gravità del danno da intubazione trans-laringea aumenta con il tempo di intubazione.

TOP SECONDO CIAGLIA (1985)

La tecnica, esclusivamente di elezione, comporta l'utilizzo di un apposito Kit costituito da una serie di dilatatori di calibro crescente che vengono fatti scorrere su una guida doppia (metallo o teflon) per realizzare la dilatazione progressiva del tramite tracheostomico e permettere l'inserimento di una cannula di calibro adeguato montata su uno dei dilatatori.

TOP SECONDO GRIGGS (1990)

È una tecnica di tracheotomia percutanea che associa il metodo Seldinger con l'uso di una pinza dilatante (Howard-Kelly modificata). Dopo una prima dilatazione dei tessuti pre-tracheali, la pinza viene introdotta in trachea per effettuare la dilatazione che permette il successivo passaggio sul filo guida della cannula tracheostomica montata su un dilatatore-introduttore

simile a quello di Ciaglia: questa tecnica è molto rapida e può essere utilizzata in emergenza.

TOP SECONDO FANTONI (1993)

E' una tecnica di tracheotomia originale denominata "Tracheotomia Translaringea"; una guida metallica inserita in trachea per via percutanea viene indirizzata cranialmente e fatta uscire dalla bocca del paziente di fianco al tubo tracheale, il tutto sotto visione fibroscopica. Alla guida metallica si ancora una particolare cannula munita di un dilatatore conico con punta in acciaio che viene poi trascinata, facendo trazione sulla guida, attraverso le corde vocali ed il laringe fino alla parete tracheale anteriore. Con una manovra di trazione e contropressione digitale esterna sulla trachea la cannula viene fatta affiorare in superficie, grazie al dilatatore conico che poi viene tagliato, e quindi, posizionata correttamente con una rotazione di 180 gradi. Con questa tecnica la dilatazione avviene "dall' interno verso l' esterno" della trachea.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA GENERALE ALLA TRACHEOTOMIA PERCUTANEA IN TERAPIA INTENSIVA POST-CHIRURGICA

Queste tecniche tracheostomiche sono quelle più utilizzate in degenza al letto del paziente; esse richiedono l' ausilio di tre operatori (due medici, un infermiere) dei quali uno dedicato all' induzione e al mantenimento dell' anestesia, uno al controllo della posizione del tubo tracheale e al controllo della ventilazione, uno al monitoraggio dei parametri cardio-respiratori.

Per l'anestesia generale si utilizzano sedativi (PROPOFOL, MIDAZOLAM) ed oppioidi per via E.V. ; è indispensabile un' accurato monitoraggio che comprende :

- Monitor-ECG;
- Pressione arteriosa (non invasiva o invasiva);

- Pulsossimetria;
- Ventilazione;

durante l'intervento si porta per sicurezza la FIO₂ al 100%.

Preparazione del materiale :

- Monitoraggio continuo del paziente (ECG, PA, Ossimetria , ecc.);
- Unità respiratoria (pallone" va e vieni", maschera facciale);
- Set monouso per tracheotomia;
- Broncoscopio a fibre ottiche (se occorre);
- Aspiratore funzionante con relativi sondini per aspirazione;
- Ferri chirurgici, telini sterili, copricapo, guanti sterili, mascherine, ecc.;
- Scialitica;
- Carrello per l' urgenza;
- Farmaci: adrenalina 1mg in 100ml di NaCl 0,9% ; Propofol 1%; Fentanest 1fl;

Preparazione del paziente :

- Informare il paziente, se cosciente, sulla procedura dell'intervento; garantire la privacy;
- Informare i familiari, erudirli sul tipo di intervento e sui vantaggi da cui il loro congiunto troverà giovamento; fornirgli un valido sostegno psicologico;
- Il degente va sottoposto ad anestesia generale endovenosa, curarizzazione, ventilazione controllata, monitoraggio cardio-respiratorio standard.
- A paziente supino si pone il capo in moderata iperestensione (rotolo interscapolare) e si solleva in misura tale che gli assi orale, laringeo, tracheale risultino allineati come per un' intubazione oro-tracheale
- Preparare la parte anteriore del collo con una soluzione disinfettante (iodopovidone) e confezionare un campo sterile;
- Assistere l'anestesista-rianimatore durante l'esecuzione della tecnica tracheotomica prescelta;
- Al termine dell'intervento eseguire un' accurata broncoaspirazione, cuffiare la cannula, ventilare il degente,

- rimuovere il tubo translaringeo
- Mantenere il capo del paziente sollevato di circa 30-40 gradi ; richiedere un RX torace di controllo post-tracheotomia.

CONCLUSIONE

La tracheotomia percutanea dilatativa è una tecnica relativamente facile, di bassi costi, eseguibile a letto dei degenti ricoverati in terapia intensiva che devono essere sottoposti ad assistenza ventilatoria prolungata. Le tecniche sopradescritte sono quelle utilizzate in reparto; il controllo endoscopico simultaneo aumenta la sicurezza riducendo il rischio di complicanze anche severe.

L'efficace assistenza del personale deve essere accompagnata oltre che dalla conoscenza della tecnica che si andrà ad eseguire anche dall'esperienza, dalla cautela e dal buon senso.

AUTORE

Dai Ramunno Mariagrazia
 Centro Rianimazione
 Ospedale S. Camillo

bibliografia

- Piani di assistenza in Area Critica- Nancy M. Halloway- Ed. Sorbona
- La Rianimazione-Vincenzo Mellillo- Ed. Mc Graw-Hill
- Atti del convegno " Gestione infermieristica delle tracheotomie percutanee in Area Critica" Fondazione Fatebenefratelli-Roma Anno 2003
- Guida pratica in Area Critica- Nancy H. Diepenbrock- Ed. Mc Graw-Hill
- Indirizzo Internet www. Tracheotomie dilatative percutanee. It
- Atti del Workshop sul controllo delle vie aeree- Università Campus Biomedico di Roma Anno 2003
- Gentili,Nastasi,Regon,Silvestri e Tangarelli, "Il paziente critico", Ed. Ambrosiana,Milano 1997
- Lamers-Abdella A. e Ulrich L., "Procedure infermieristiche in Terapia Intensiva, Ed. Masson 1999
- Reppe, Trattato di Terapia Intensiva, Ed. UTET, Torino 1998 1° Volume

in pillole

UN OCCHIO DA SUPERMAN

L'occhio umano è in grado di fissare contemporaneamente due punti alla volta. Lo ha scoperto il ricercatore tedesco dell'Università di Lipsia Matthias Muller, che ha pubblicato un articolo sulla rivista Nature. Il professor Muller ha chiesto a 15 volontari di concentrarsi su un solo punto di uno schermo del computer, mentre comparivano le immagini di quattro carte e poi di indicare quali delle carte erano uguali. I volontari sono riusciti a identificare due carte uguali anche se apparivano sui lati opposti dello schermo. La ricerca

sembra poter mettere la parola fine ad una lunga diatriba sulle capacità del nostro sistema visivo. Molti studi hanno sostenuto l'idea che i nostri occhi possano fissare un solo punto alla volta, ma questa ricerca dimostra che si possono focalizzare contemporaneamente su più di un punto alla volta. Eliminata anche la possibilità che gli occhi si spostino velocemente da un punto all'altro: le carte comparivano a 181 millisecondi alla volta, troppo velocemente perché gli occhi riuscissero a saltare da un punto all'altro; per farlo, infatti, hanno bisogno di un intervallo di tempo tra i 200 e i 500 millisecondi.

Criteri di verifica della performance in assistenza domiciliare

Marco G. Scazzola

I fabbisogni sanitari della popolazione italiana sono in continua evoluzione, il numero e la tipologia delle prestazioni a noi richieste è sempre maggiore e diversificato, le assunzioni ed i fondi in molte strutture pubbliche privilegiano le figure mediche e tecniche a danno di quelle infermieristiche, ma, nonostante ciò, gli infermieri si preparano ad affrontare tutto ponendosi domande sempre più complesse: saremo in grado di affrontare tutto quanto ci è richiesto? Ma quanti infermieri servono? Io lavoro tanto ma non capisco se è troppo o e poco?

Tutte domande giuste, cui bisogna dare delle risposte giuste. La verifica della qualità delle prestazioni è probabilmente, non potendo noi influenzare più di tanto gli aspetti economici e legislativi, una risposta giusta alle domande che ci poniamo.

Negli ultimi anni la parola "qualità" è entrata sempre più nel vocabolario infermieristico. Di definizioni ne sono state scritte tante e quindi non ne aggiungerò altre, mi interessa invece porre l'accento su alcuni parametri che meglio ci aiutano ad identificare le vie migliori per raggiungere i nostri scopi di miglioramento della nostra performance in assistenza domiciliare.

Molto spesso nella qualità viene usata la parola **criteri**. Con tale termine (dal greco crino = distinguo, giudico, scelgo, decido) si intendono le caratteristiche valutabili di un "oggetto", **selezionate**

dal soggetto valutante in base alle sue finalità, onde poter effettuare distinzioni, esprimere giudizi, operare scelte e prendere decisioni. Ad esempio nell'A.D.I. possiamo voler meglio comprendere la nostra presenza ed incisività sul territorio.

Ma come facciamo ad ottenere tali informazioni? Dobbiamo utilizzare degli **indicatori**. Un indicatore (dal latino index = indica, "che mostra") è un elemento che si può usare come guida per monitorare e valutare la qualità dei servizi. Sono specificazioni dei criteri, informazioni che li rendono misurabili. Sono anche stati definiti come "informazioni selezionate utili a leggere, ad interpretare la realtà, ad operare distinzioni, giudizi, valutazioni e quindi a consentire scelte e decisioni".

Possono essere aspetti dell'assistenza, pazienti con problemi, caratteristiche della struttura, interventi assistenziali, diagnostici o terapeutici; gli indicatori possono riferirsi alla struttura, al processo e ai risultati dell'assistenza. L'indicatore sostanzialmente identifica una situazione (ritenuta rilevante per il paziente e/o per l'assistenza) da osservare - valutare.

Sono sempre una misura, ma non necessariamente una misura diretta della qualità ma un segnale che indica o dirige l'attenzione verso alcuni problemi specifici (**eventi sentinella**): infatti identifica quello che eventualmente non va, non le possibili cause; identifica una serie di problemi ma non tutti i possibili problemi.

Criteri e indicatori non sono sinonimi: i

primi identificano gli eventi da quantificare i secondi misurano. Uno degli indicatori clinici classici la rilevazione di un alto numero d'episodi febbrili dopo cateterismo vescicale domiciliare mostra sicuramente l'esistenza di un problema, ma non le sue possibili cause, legate ad esempio a problemi di struttura o di procedure eseguite in maniera non corretta, abilità tecnica dell'infermiere, condizioni del paziente (sesso, età, stato nutrizionale, immuno-depressione, ecc.), corretta profilassi antibiotica, ecc.

Gli indicatori possono essere di **struttura** che vanno ad identificare i requisiti che devono essere presenti per rendere la struttura idonea ad assistere i pazienti (non solo aspetti edili ma anche strumentali, riguardanti il personale con qualifiche professionali ed organizzative).

Alcuni indicatori di struttura

- numero di letti in una stanza
- numero di bagni rispetto ai posti letto
- tipologia di apparecchiature presenti
- numero e qualifica del personale
- presenza di spondine
- presenza di cartella infermieristica
- sistemi di sicurezza e antincendio fun-



zionanti

- disponibilità di carrelli di rianimazione in reparto
- numero di materassi antidecubito
- presenza di protocolli assistenziali scritti
- rapporto numero personale/pazienti.

Indicatori di processo che permettono di descrivere come si sta lavorando. Per processo si intende un insieme di attività svolte da più funzioni aziendali e finalizzato a soddisfare un bisogno dell'utente. In un processo diagnostico terapeutico le attività che concorrono alla definizione del processo sono molto diversificate (accettazione della richiesta assistenziale, prima visita dell'equipe, attività assistenziale, richieste di analisi o visite specialistiche, gestione farmaci, igiene personale ed ambientale, ecc.) e svolte anche da altre funzioni aziendali (M.M.G., laboratorio analisi, radiologia, ecografia, farmacia, ecc.) In poche parole si fa riferimento alle modalità di svolgimento delle azioni.

Gli indicatori di processo rispondono alla domanda: che cosa viene fatto ai pazienti durante l'erogazione dell'assistenza?

Alcuni indicatori di processo

- modalità di pulizia del cavo orale
- modalità di esecuzione del cateterismo vescicale
- somministrazione dei farmaci per la sedazione del dolore
- tipologia di dati raccolti sulle cartelle infermieristiche
- modalità di informazione dei pazienti
- le spondine vengono utilizzate sui pazienti a rischio
- modalità di prevenzione delle cadute
- frequenza del personale ai corsi di rianimazione
- abilità del personale di rianimare i pazienti
- modalità di medicazione delle lesioni da decubito
- conoscenze del personale sulle lesioni da decubito
- modificazioni della postura dei pazienti
- dati sui pazienti con lesioni da decubito raccolti in cartella infermieristica

Indicatori di esito: il risultato del processo è il servizio o prodotto ("output"). La valutazione del risultato ("outcome") misura quello che succede, o non succe-

de, al paziente in seguito ad un intervento o, complessivamente, alle cure prestate. La valutazione dell'esito è il modo più immediato per definire la qualità di un intervento, valutata in base ai risultati prodotti. Gli eventi sentinella, in altre parole quelle situazioni che pongono in allarme gli operatori, fanno parte di questa categoria di indicatori.

Gli indicatori di esito rispondono alla domanda: quali benefici ha ottenuto il paziente dalle cure che ha ricevuto?

Alcuni indicatori di esito

- numero di pazienti caduti dal letto
- numero di pazienti con lesioni da decubito

- numero di pazienti disidratati in una casa di riposo
- numero di nuovi ricoveri non programmati nei pazienti dimessi
- numero di errori di somministrazione dei farmaci
- numero di infezioni delle vie urinarie
- numero di complicanze post-chirurgiche
- numero di infezioni nosocomiali
- numero di pazienti incontinenti bagnati
- numero di rianimazioni eseguite con successo (paziente soccorso entro tre minuti e sopravvissuto)
- numero di pazienti con lesioni da decubito



- numero di lesioni insorte entro le prime 48 ore dal ricovero
- complicanze infettive da lesione
- gravità della lesione.

Difficilmente un indicatore potrà essere utilizzato in modo generalizzato, vale a dire per ogni tipo di reparto, ma andrà scelto e applicato in modo specifico nel contesto che si va a valutare o per gruppo di pazienti. Per esempio "il numero di infezioni delle vie urinarie" è un indicatore d'efficacia della terapia in un gruppo di pazienti con infezioni ricorrenti delle vie urinarie o portatori di catetere a permanenza, mentre diventa un indicatore di correttezza della tecnica di cateterizzazione in una chirurgia dove si eseguono cateterismi a breve termine. In entrambi i casi indica ovviamente la presenza di un problema ma è il tipo di problema a essere diverso.

La **qualità degli indicatori** è di notevole importanza nella

nostra osservazione e sono:

La **pertinenza** è la qualità fondamentale di un indicatore, la capacità di descrivere realmente un fenomeno ed è valutabile solo rispetto all'uso che se ne vuol fare (un buon infermiere non si valuta dalla statura).

La **specificità** è la capacità di mettere in luce solo il fenomeno che interessa (per riconoscere una persona le impronte digitali sono più specifiche del colore dei capelli)

La **sensibilità** è la capacità di evidenziare differenze nella misura del fenomeno (la forza dello strattone della canna da pesca è meno sensibile della bilancia nel definire le dimensioni del pesce).

L'**essenzialità** è la capacità di cogliere i tratti essenziali, cioè quelli minimi indispensabili per la connotazione del fenomeno (la proboscide è sufficiente per riconoscere l'elefante).

La **praticità** è la risultante di più fattori, quali il costo, i tempi e la facilità di rilevazione e di calcolo (per sapere di quante pecore è composto un gregge è più pratico contare le teste che le zampe).

Dopo aver descritto gli indicatori che ci servono per misurare dobbiamo poter confrontare i nostri risultati raggiunti con quelli di altre strutture a noi simili per capire se stiamo andando nella giusta direzione. Parleremo quindi di **standard** ovvero modelli, esempi o punti di riferimento (valori massimi raggiungibili per situazioni omogenee) cui fare riferimento.

Nel corso del processo di verifica della nostra performance è indispensabile anche parlare di **efficacia** ed **efficienza**. Con il termine efficacia noi andiamo a valutare il raggiungimento dei risultati e con quello di efficienza la valutazione dei costi/benefici conseguiti. Si può essere efficaci ma non efficienti (il paziente è cateterizzato, ma utilizziamo più cateteri vescicali perché una volta apriamo la confezione in maniera non sterile, un'altra volta urtiamo la punta contro la cute, ecc.).

Dopo queste premesse possiamo finalmente parlare di criteri di valutazione nell'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.).

Se noi torniamo alle domande poste all'i-

nizio di questa relazione (saremo in grado di affrontare tutto quanto ci è richiesto? Ma quanti infermieri servono? lo lavoro tanto ma non capisco se è troppo o è poco?) la presenza di un buon sistema informativo, la selezione di criteri da tutti condivisi e la scelta di indicatori pertinenti permettono di rispondere a tali domande. Nei quattro C.A.D. dell'Azienda U.S.L. Roma B nel corso dei lavori per l'accreditamento all'eccellenza sono stati identificati i seguenti indicatori:

CAD - SISTEMA INFORMATIVO

Accoglienza:

Numero degli accessi per informazioni
Numero e tipologia richieste di prestazioni / numero dei richiedenti
Numero per tipologia delle richieste di prestazioni

Numero e tipologia delle richieste improprie (di tipo sanitario)

Numero e tipologia delle richieste pertinenti alle quali non si può dare risposta

Assistenza Domiciliare Integrata:

Numero totale delle valutazioni
Numero totale delle valutazioni per pazienti di età uguale o superiore ai 65 aa.

Numero 1° valutazioni/numero pazienti in carico

N° 1° valutazioni con équipe completa / N° 1° valutazioni

N° 1° valutazioni effettuate da almeno 2 operatori CAD / N° 1° valutazioni

N° 1° valutazioni con MMG / N° 1° valutazioni

N° 1° valutazioni con Ass. Soc. / N° 1° valutazioni

N° 1° valutazioni effettuate da un solo operatore / N° delle 1° valutazioni

N° gg intercorsi tra richiesta e 1° valutazione

N° 1° valutazioni per figura professionale / N° delle 1° valutazioni

N° accessi per valutazioni a vuoto

N° gg intercorsi tra I valutazione e primo intervento (per tipologia di prestazione: infermieristiche, riabilitative, sociali e mediche)

N° gg intercorsi tra richiesta e primo

intervento (per tipologia di prestazione)
N° Accessi domiciliari di tutte le figure professionali (escluse valutazioni)
N° Accessi domiciliari per figura professionale (escluse valutazioni)
N° Prestazioni domiciliari totali (escluse valutazioni)
N° prestazioni per tipologia
Tempo medio per tipologia di prestazione (dopo 1 anno)
Tempo medio per accesso (dopo primo anno)
N° accessi per figura professionale
N° prestazioni per figura professionale
N° prestazioni per figura professionale per tipologia
N° accessi per operatore
N° medio delle prestazioni per accesso totale
N° medio delle prestazioni per accesso per tipologia (mediche, infermieristiche, riabilitative, sociali)
N° prestazioni per operatore
N° dimissioni per tipologia
Durata media della permanenza in carico
Durata media della permanenza in carico per tipologia di pazienti
N° pazienti in carico (per i quali è stato fatto almeno un accesso oltre la I valutazione nel periodo)
N° pazienti in carico per fascia d'età(0-18; 18-65; oltre 65)
N° pazienti in carico per patologia
N° nuovi casi in carico nel periodo considerato / N° pazienti in carico nel periodo considerato
N° accessi cooperativa
N° accessi operatori CAD
N° prestazioni cooperativa
N° prestazioni operatori CAD
RSA – Lungodegenza:
N° richieste
N° valutazioni
N°valutazioni / N° domande
N° domande / N° pareri emessi
N° domande / N° pareri positivi
N° visite / N° pareri positivi
N° per tipologia di pareri negativi
N° pareri positivi per tipologia di patologia
N° gg. Intercorsi tra richiesta e valutazione
N° gg. Intercorsi tra richiesta e relazione
N° valutazioni effettuate da Ass. Soc. Cad / N° valutazioni

ADP

N° richieste
N° valutazioni / N° richieste
N° pazienti in carico per fascia d'età (0-18; 18-65; oltre 65)
N° pazienti in carico per patologia
Confronto tra accessi autorizzati ed accessi effettuati.

Volutamente sono stati esclusi negli indicatori sopra elencati quelli dedicati all'assistenza infermieristica vera e propria perché il criterio preso in esame in quel momento riguardava la comprensione della domanda di salute espressa dai cittadini e la nostra capacità di risposta a tale quesito. Logicamente per valutare la nostra performance su criteri di natura tecnica (es. cateterismo vescicale) useremo altri indicatori.

Gli strumenti per migliorare la qualità delle prestazioni in campo sanitario esistono: non è sufficiente agire solo sulla competenza professionale dei singoli operatori, ma occorre intervenire sull'intero sistema di pianificazione e gestione dell'assistenza.

Per quanto riguarda la professionalità degli infermieri, indicatore di qualità dell'assistenza, lo sforzo migliorativo perseguito dalla categoria in Italia in tanti anni di lotta è encomiabile. La migliore capacità professionale raggiunta dai nostri infermieri, grazie allo sforzo formativo intrapreso, è destinata a restare però una mera soddisfazione personale poiché appare impossibile incidere sul sistema di pianificazione e gestione dell'assistenza in quanto la cronica carenza di risorse umane porta a lavorare in condizioni di "tamponamento" continuo dell'emergenza.

Mi piace concludere questa relazione con un antico proverbio cinese:

"se vuoi avere un anno di prosperità fai crescere il grano, se vuoi avere dieci anni di prosperità fa crescere gli alberi, se vuoi avere cento anni di prosperità fa crescere gli uomini".

AUTORE

DAI Marco G. Scazzola

L'infermiere e il paziente affetto da sclerosi multipla: l'apprendimento di comportamenti interpersonali, gruppi funzionali, e strategie di conduzione

Francesca Ianni

Parlare, ascoltare sono azioni così naturali, così "semplici" che in genere non ci sfiora l'idea che si tratta invece di fenomeni molto complessi, e che la comunicazione efficace costituisce l'aspetto dinamico dei rapporti nella società umana.

Su di essa incidono molte variabili quali: livelli diversi di conoscenza, stati emotivi, intensità di coinvolgimento, età, qualità del rapporto, fenomeni paralinguistici di vario genere, "barriere".

Il paziente affetto da sclerosi multipla è un individuo che si sente minacciato nella sfera socio affettiva e nelle abilità comportamentali e relazionali che l'instaurarsi della malattia rende inadeguate.

Realizzare una relazione terapeutica con la persona affetta da sclerosi multipla è un obiettivo che richiede doti umane, padronanza della comunicazione verbale e non verbale.

L'osservazione e l'analisi del comportamento non verbale insieme alla convinzione che la sola espressione verbale di emozioni, stati d'animo, conflitti non può offrire di per sé stessa un quadro rappresentativo e veritiero delle condizioni del paziente, è in grado di recare un indiscutibile contri-

buto all'analisi del caso e alla diagnosi infermieristica.

Ciò appare particolarmente evidente nei casi di disturbo dell'autostima, generato dal progressivo effetto debilitante della patologia.

È già al primo impatto con la persona che



bisogna gettare le fondamenta di quell'alleanza terapeutica che si instaurerà tra paziente ed infermiere durante il periodo di ricovero nel reparto di riabilitazione neuromotoria.

I sintomi che caratterizzano più comunemente la malattia, e che possono comparire isolati o aggregati nel corso delle sue varie fasi, sono numerosi e presentano un diverso impatto sulla vita della persona:

- Facile stancabilità
- Disturbi del tono muscolare
- Disturbi della vista
- Disturbi dell'attività motoria e della coordinazione
- Disturbi della sensibilità
- Alterata eliminazione urinaria e stitichezza
- Disfunzione sessuale
- Disturbi parossistici
- Disturbi psichici e cognitivi

Una trattazione a parte riguarda il dolore:

Acuto: da contratture muscolari toniche, segno di lhermitte, nevralgia del trigemino.

Subacuto: neurite ottica, fratture con compressione vertebrale (da assunzione prolungata di cortisonici), cistite emorragica (da farmaci immunosoppressori come la ciclofosfamida).

Cronico: Parestesie alle estremità degli arti, spasticità degli arti inferiori.

Tra i disturbi psichici e cognitivi vanno collocate: la depressione, l'ipersensibilità emotiva (che si caratterizza per improvvise sensazioni angosciose che si accompagnano a sensazioni fisiche quali sudorazione, tachicardia, dispnea, senso di costrizione, paura di morte imminente). Raramente condizioni di euforia sintomo di natura neurologica collegabile a lesioni delle strutture basali dell'ipotalamo e dei lobi temporali.

Accanto agli interventi di tipo farmacologico, fondamentale è l'assistenza infermieristica di natura relazionale con interventi informativi- psicoeducativi e trattamenti familiari psicosociali.

Gli obiettivi sono quelli di migliorare la conoscenza della persona e di tutti i familiari sul disturbo, motivare e migliorare l'accettazione dei trattamenti, sollevare i familiari da senso di colpa su atteggiamenti di irritabilità, alleggerire il senso di "essere di peso", identificare i fattori stressanti, promuovere la partecipazione attiva della famiglia al trattamento.

L'organizzazione mondiale della sanità (Who) ha proposto un approccio integrato multidisciplinare che prevede anche l'insegnamento di un metodo strutturato di risoluzione dei problemi (Problem-Solving) che coinvolge paziente e familiari nel porsi dei piccoli obiettivi di vita possibili, piacevoli, realistici, facendo emergere interessi sociali e di svago spesso abbandonati.

La prima fase è caratterizzata dalla discussione del problema e /o dell'obiettivo. Seconda fase: conduzione con il metodo del Brainstorming, e consiste nell'elenca-re a " ruota libera" tutte le possibili soluzioni.

Terza fase: considerare i principali vantaggi e svantaggi delle proposte.

Quarta fase: accogliere la soluzione migliore.

Quinta fase: stabilire come mettere in pratica la soluzione scelta.

Sesta fase: verificare l'attuazione del piano.

Appare evidente a questo punto come il gruppo infermiere-paziente-famiglia sia la situazione ideale in quanto permette a paziente di essere se stesso ed agire in una pluralità che per lui abbia senso.

Il gruppo primario costituito da questi elementi è caratterizzato da una interazione " faccia a faccia "a doppia valenza: il gruppo primario naturale costituito dal paziente e la sua famiglia, primario artificiale dove si inserisce accanto al primo la figura dell'infermiere.

È evidente come entrambi i gruppi siano in questo caso finalizzati al compito di "addestramento alle relazioni umane".

Quello che costituisce l'essenza di entrambi i gruppi non è la somiglianza tra i suoi membri, ma l'interdipendenza e la tensione verso scopi collettivi.

La loro struttura non è altro che la definizione di ruoli e compiti.

Interdipendenza-tensione agli scopi e struttura vanno viste come insiemi che si influenzano.

Considerando la leadership costituente della struttura, i comportamenti ottimali sono quelli che producono soddisfazioni sia a livello affettivo che cognitivo.

Quando gli scopi sono chiari non solo aumenta la tensione verso gli scopi stessi, ma anche il sentimento di appartenenza al gruppo e la partecipazione alla vita emozionale.

Ogni piccolo successo aumenta l'interazione tra i membri e produce aumento dell'autostima, si crea così il cosiddetto gruppo funzionale, quello cioè dove vengono risolti bisogni sociali, bisogni cognitivi di conoscenza e creatività.

Ancora una volta è necessario ricordare che il linguaggio non verbale reca indizi determinanti ai fini dell'interazione, e può giocare un ruolo non secondario nel determinare "l'effetto pigmalione", la dove cioè le aspettative dell'infermiere possono condurre il paziente e i familiari a comportarsi in modo conforme ad esse. La creazione del clima affettivo e l'importanza del rinforzo determinano il raggiungimento dell'obiettivo, quello cioè di condurre il paziente ad avere di sé un'immagine adeguata, e anche promuovere un'accettazione realistica delle proprie attuali limitazioni.

AUTORI

Infermiera

Francesca Ianni

Fondazione S. Lucia - Roma

bibliografia

1. TABER "DIZIONARIO ENCI-COLPEDICO DI SCIENZE INFERMIERISTICHE" - MC GRAW - HILL
2. BODEGAD "ORGANIZZAZIONE E CULTURA" GERINI STUDIO, MILANO 1997
3. GUILBERTJ.J "GUIDA PEDAGOGICA, ARMANDO EDITORE 1981
4. GUILBERTJ .J "IL LAVORO IN PICCOI GRUPPI", FPM, LUGLIO 1989
5. PENITO LJ. "DIGNOSI INFERMIERISTICHE - APPLICAZIONE ALLA PRATICA CLINICA". MILANO: SORBONA, 1996
6. NANCY M. HOLLOWAY "PIANI DI ASSISTENZA IN MEDICINA E CHIRURGIA".
7. ROSENTHAL R.JAKBSON L. (1968) " PYGMALION IN THE CLASSROOM ". HOLT , RINEHART AND WISTON, N. N.Y.
8. AMERIO P. , BORGOGNO F. (1975) "INTRODUZIONE ALLA PSICOLOGIA DEI PICCLI GRUPPI ", GIAPPICHELLI, TORINO
9. BALLANTI G. FONTANA L. (1981) "DISCORSO E AZIONE NELLA PEDAGOGIA SCIENTIFICA", LISCIANI E GIUNTI TERAMO.
10. DEGRADA E. (1969) " ELEMENTI DI PSICOLOGA DI GRUPPO", BULZONI, ROMA.
11. WATZLAWICK P. "IL LINGUIAGGIO DEL CAMBIAMENTO. ELEMENTI DI COMUNICAZIONE TERAPEUTICA". FELTRINELLI, MILANO 1980.
12. PAOLETTI P., VIAN F., ZANOTTI R. "INTRODUZIONE ALLA METODOLOGIA DEL PROCESSO DI NURSING. UN APPROCCIO ITALIANO". SUMMA EDITRICE, PADOVA

“Saper essere” un capo ideale nelle aziende sanitarie.....mito o realtà?

Mariarita Barberis

Fin dai tempi passati, un capo autorevole, umano, disinteressato è sempre stata una prerogativa indispensabile e determinante per il buon funzionamento delle Aziende.

Una prerogativa che anche nell'attuale business world si rinnova e si fortifica con vigore.

Oggi, all'alba del terzo millennio, numerosi studi e altrettante ricerche sociologiche hanno infatti dimostrato con evidenza che anche le organizzazioni hanno un'anima, in quanto caratterizzate dalla presenza di individui, di processi di gruppo, di relazioni interpersonali.

Le aziende sanitarie rappresentano peraltro un esempio eclatante in tal senso.

Questo pone l'accento sul fatto che l'insoddisfazione, la demotivazione professionale e l'inefficienza produttiva del personale sanitario a volte sono frutto di un anomalo rapporto con il "Capo", sia esso Dirigente medico, Dirigente Infermieristico, o altra figura imputata a ricoprire un ruolo di coordinamento. Egli spesso risulta infatti scarsamente sensibile e poco solerte a sviluppare un "saper essere" attento all'elemento umano, all'ambiente informale dell'organizzazione, alle relazioni interpersonali, alla comunicazione. Poco incline ad incoraggiare i lavoratori ad accrescere il proprio potenziale, a sostenerli nel realizzare i propri bisogni di riconoscimento e di appartenenza. Tutti elementi da tenere in debita considerazione, considerato che l'uomo per sua natura è un insieme inscindibile di fattori razionali

ed emotivi e non può quindi essere trasformato in una macchina raziocinante, come ampiamente dimostrato dal movimento delle "human relations", iniziato negli anni '40 in reazione all'indirizzo della scuola classica che aveva posto l'attenzione sull'ambiente fisico senza considerare l'elemento umano.

COSA SIGNIFICA ESSERE CAPO (IDEALE)

Molteplici sono le volte in cui ci si domanda chi è un "Capo"? Letteralmente parlando la sua definizione consiste in "persona investita di specifiche funzioni di comando" e pertanto in grado di far svolgere oggettivamente dei compiti agli altri, ovvero ai suoi collaboratori, al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati in una determinata situazione.

Ma pur riconoscendo questo suo nobile ruolo, una tale definizione collocata nel presente contesto socio-sanitario risulta alquanto deficitaria, poco esauriente, insomma incompleta.

Oggi nelle aziende sanitarie è tempo di un capo/leader che non si accontenta della buona esecuzione lavorativa dei suoi subordinati, ovvero di fare eseguire le cose agli altri, ma è capace di mobilitare il loro impegno. Un capo/leader che dai suoi collaboratori vuole anche il "cuore" e li conduce ad appagare così anche l'autorealizzazione personale.

Quello di cui si anela nell'ambito delle

organizzazioni sanitarie è quindi la presenza di un capo/leader carismatico, ben accettato dai collaboratori, provvisto quindi di autorevolezza e non solo di autorità. E' il caso di sottolineare, a tal proposito, che l'autorità conferita da un ruolo non implica direttamente l'autorevolezza. L'autorevolezza comporta infatti la stima e la fiducia riconosciuti al modo di comportarsi e di agire di una determinata persona, la quale sia a livello personale che nei rapporti sociali, provoca una influenza "positiva" sulle persone che quotidianamente incontra, in virtù delle sue caratteristiche personali, quali: equilibrio dinamico, capacità di comunicazione, consapevolezza delle difficoltà, non arrendevolezza, apertura al nuovo.

AZIONI POSITIVE PER ESSERE UN CAPO AUTOREVOLE (IDEALE)

Il Capo che adotta uno stile direttivo ed uno stile di comportamento volti a rispondere sia alle situazioni contingenti sia ai bisogni di coloro che dipendono da lui, sarà più efficiente e potrà così raggiungere i suoi obiettivi e quelli dell'organizzazione.

Detto ciò, a prescindere da formule "magiche" da applicare per divenire il Capo ideale che ogni collaboratore auspica di incontrare lungo la strada del suo percorso professionale, di certo va detto che esistono delle azioni positive, delle combinazioni essenziali di facile attuazione che, attuate nel quotidiano, possono facilitare il ruolo di Capo e consentono di ottenere buoni risultati anche in termini di collaborazione efficiente da parte dei lavoratori.

Volendo spiegare il concetto con un esempio, si può prendere come riferimento un'orchestra di musicisti, dotata di un maestro che scandisce i ritmi, i tempi, le pause. Poiché l'obiettivo consiste nel suonare una sinfonia melodiosa, il maestro d'orchestra deve accertarsi che tutti i musicisti seguano lo spartito, suonino in modo regolare, senza stonature, con la stessa forza e la stessa tecnica impartita. Solo così il successo ed il trionfo sono assicurati!

Lo stesso succede in un'azienda ospedaliera che ha per finalità l'assistenza, la cura, la

prevenzione. La qualità del servizio ed il suo effettivo rendimento dipende dal fatto che l'attività di ogni dipendente venga proiettata verso l'obiettivo globale stabilito.

Quindi tra le azioni positive che un Capo leader deve applicare in ambito sanitario, non possono essere escluse le seguenti:

- Non perdere il contatto con la realtà. Acquisire quindi la capacità di essere flessibile, di ascoltare, di sviluppare una significativa sensibilità nei confronti di tutto quanto l'ambiente invia.
- Essere in grado di cambiare approccio a seconda delle situazioni e del personale.
- Impegnarsi a potenziare l'abilità e la capacità dei propri collaboratori, a favorire la loro crescita professionale, ad accrescere la loro motivazione, a concretizzare i loro bisogni di riconoscimento, di realizzazione, di senso di appartenenza attraverso il coinvolgimento e la partecipazione nello sviluppo e nello svolgimento delle attività di lavoro, in un "clima" dinamico, produt-



*Stefano Casciato.
Consigliere Collegio IPASVI Roma*

tivo ed accogliente.

- Chiarire quali sono gli obiettivi, l'attività da svolgere, le modalità ed i tempi di realizzazione del piano lavorativo, i riconoscimenti previsti. Fare quindi in modo che gli obiettivi identificati vengano fatti propri dai collaboratori. Ogni collaboratore deve infatti avere dei compiti ben definiti, precisi e soprattutto compresi.

- Favorire il rapporto interpersonale, cercando di fare in modo altresì che i membri del gruppo integrino le loro diverse personalità. Deve quindi essere incoraggiata la cooperazione, la coesione e lo spirito di gruppo

- Elogiare i collaboratori quando svolgono un buon lavoro in modo da gratificarli per l'attività svolta. Troppo spesso vengono accentuati solo i biasimi.

- Fornire possibilità di carriera, non solo con incentivazioni economiche, ma anche con avanzamenti di responsabilità, con deleghe, ecc. Sono opportunità che spingono a fare sempre di più.

- Adottare una comunicazione empatica, trasparente, chiara e comune che consenta una situazione favorevole alla collaborazione ed all'intesa.

Queste sono alcuni degli aspetti organizzativi e relazionali di cui ogni Dirigente deve adottare per concretizzare in

maniera efficiente e completa il suo mandato di responsabile, coordinatore.

CONCLUSIONE

Concludendo si può affermare che nelle Aziende ospedaliere vi è sempre più la necessità di un Capo capace di scuotere i propri collaboratori, di innescare in loro sentimenti positivi, di accendere il loro entusiasmo, facendo leva sulle loro emozioni nella giusta direzione.

La figura del Dirigente autoritario (autoritario) che non si preoccupa dei suoi collaboratori e si limita ad esercitare la propria autorità è out. Oggi lo sguardo è rivolto ad un Coordinatore motivazionale, che compie un servizio con competenza tecnica e con un saper essere assertivo, dotato di una spiccata intelligenza emotiva e propenso a stimolare e mantenere alto l'impegno dei collaboratori facendo leva: sulla comunicazione efficace, sull'aiuto vicendevole, sulla reciproca stima, sulla soluzione dei conflitti mediante aperta e leale spiegazione delle parti.

AUTORE

Mariarita Barberis

in pillole

L'ARMA SEGRETA DELL'HIV

Il virus HIV ha un'arma intelligente. E proprio come accade in ogni campagna militare che si rispetti, attacca prima di tutto le strutture che possono danneggiarlo.

Nei pazienti infettati dal virus, infatti, le cellule T helper, che hanno sulla loro superficie gli antigeni Cd4, vengono infettate con molta efficienza. Ma proprio le cellule T Cd4 HIV-specifiche sono direttamente implicate nella risposta immunitaria contro l'Aids. Secondo una serie di esperimenti condotti da Daniel

Doeck, del National Institute of Health di Bethesda, la caratteristica di infettare con grande efficacia quelle cellule sarebbe un adattamento evolutivo del virus HIV, che riesce a disabilitare con precisione la risposta immunitaria contro di lui. Pubblicata sulla rivista Nature, la ricerca avanza dei dubbi sull'effettiva efficacia di vaccini che puntino ad aumentare le cellule specifiche anti-HIV. Con tale tecnica, sostengono i ricercatori di Bethesda, si potrebbe finire per aumentare il numero di cellule infettate.

L'inserto

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

2004



RELAZIONE DEL PRESIDENTE ALL'ASSEMBLEA ISCRITTI 2004

Per gli infermieri il 2004 si è aperto all'insegna di una doppia e impegnativa sfida: a livello europeo e sul piano nazionale, sia sul fronte normativo che organizzativo. L'ormai imminente ingresso nell'Unione europea di dieci nuovi Paesi, la libera circolazione professionale, il riconoscimento dei titoli formativi pongono tutti noi di fronte a uno scenario complesso, dalle soluzioni incerte. Come pure la difesa delle direttive di settore e la riforma delle professioni liberali restano nodi cruciali per lo sviluppo della professione.

Sfide difficili, ma al contempo stimolanti per una categoria di professionisti senza frontiere, abituata a guardare il futuro negli occhi. E il crescente peso specifico che gli infermieri di Roma e della provincia hanno saputo guadagnarsi negli ultimi anni impone loro un ruolo particolare e la responsabilità di rappresentare un punto di riferimento per tanti colleghi in ambito interno ed internazionale.

Proprio questa consapevolezza ci ha spronato a un impegno profondo e costante nell'affrontare le ancora troppe problematiche sanitarie aperte a livello nazionale. La stessa energia ci ha alimentato nel dare battaglia sui temi più stringenti della professione. A partire dall'impegno a vigilare sulla produzione normativa che coinvolge gli infermieri e che talvolta minaccia le straordinarie conquiste poste faticosamente nel

paniere della professione.

Abbiamo così colto obiettivi importanti nell'ultimo anno: dalla proroga dei termini per le prestazioni aggiuntive alla deroga al blocco delle assunzioni; abbiamo spuntato l'aumento dei concorsi a cattedra nelle università e un netto incremento dei posti messi a concorso per l'accesso ai corsi di laurea in Infermieristica. L'istituzione di nuovi Servizi infermieristici e il riconoscimento delle Strutture complesse, l'approvazione degli Ordinamenti per le lauree specialistiche, l'attivazione del Cup regionale e della Commissione regionale per l'Ecm dimostrano quanto la sanità abbia bisogno dell'apporto insostituibile degli infermieri, sempre pronti a lottare tenacemente quando c'è di mezzo l'interesse primario del cittadino.

I problemi aperti sono ancora molti e la politica sanitaria nazionale denuncia una crisi d'identità. I principi organizzativi e finanziari ispirati alla devolution mostrano nella pratica limiti crescenti e grandi contrasti, con il processo di regionalizzazione della sanità che genera scontri tra Governo e Regioni. E poi la persistente e grave carenza di infermieri, il nodo della ripartizione del fondo nazionale, le problematiche legate all'esercizio professionale degli extracomunitari. Punti di crisi a cui si aggiungono le incongruenze dei ritardi nell'applicazione delle leggi 42/99 e 251/2000, nell'attivazione dei percorsi

formativi delle nuove figure di operatori socio-sanitari, nel rinnovo contrattuale, oltre ai gravi ritardi nella revisione dei modelli organizzativi di tutte le strutture sanitarie alla luce delle novità legislative.

Il tutto a fronte di un trattamento economico decisamente ingrato, che continua a non riconoscere i nuovi livelli di competenza e di responsabilità assunti dagli infermieri e che finisce col generare un'insoddisfazione diffusa assai pericolosa per lo stesso impianto del Servizio sanitario nazionale.

Il futuro si presenta dunque problematico ma anche pieno di opportunità, difficile da affrontare ma esaltante nella sfida continua alla crescita professionale degli infermieri. Futuro che può essere condizionato in positivo dal contributo che arriva dall'interno della professione infermieristica, da noi tutti e dal Collegio che ci rappresenta.

In questa relazione è riportata una breve sintesi delle attività che il Collegio svolge attraverso il lavoro delle commissioni e degli obiettivi per il prossimo futuro, all'insegna di uno sviluppo ulteriore della professione improntato all'innovazione e alla competenza scientifica.

Pur evitando di anticipare i contenuti delle sintesi predisposte dalle singole commissioni, si può affermare che l'a-

zione del Collegio dovrà necessariamente essere poliedrica e interdisciplinare, attiva su più fronti, attenta e capillare. 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.

Inoltre, occorrerà impegnarsi a fondo nel confronto sul piano internazionale che, col nuovo assetto dell'Ue, costringe la nostra professione a misurarsi con esperienze nazionali diverse. Un confronto che non sempre si rivela costruttivo, come per i 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 verso il basso la competenza professionale degli infermieri, con colleghi che esercitano in Italia grazie all'accREDITAMENTO sancito da organismi che non garantiscono il rigore della formazione imposta invece agli infermieri italiani, organismi potenzialmente interessati più agli aspetti commerciali che non a quelli deontologici. La collaudata rete di relazioni internazionali con i colleghi europei ci aiuterà a far valere le nostre ragioni che, ancora una volta, coincidono con quelle dei cittadini.

Quando raccogliemmo la sfida del-



La reception dei nuovi uffici



La nuova sala conferenze del Collegio IPAVI di Roma

l'Ecm, considerandone oltre che l'onere anche la straordinaria opportunità di crescita professionale, ci impegnammo ad implementarla costantemente. Il Collegio ha proseguito nei suoi sforzi ottenendo l'avvio in fase sperimentale dell'accreditamento dei provider sia per la formazione residenziale che per quella a distanza, spuntando la costituzione del Cogeaps e del Consorzio per l'anagrafe dei crediti. Ha intessuto rapporti stringenti con il Parlamento, il Governo, il Ministero della Salute e con la Regione Lazio, ha contribuito fattivamente alla definizione delle linee d'indirizzo per gli atti aziendali, del Piano sanitario regionale e all'attivazione dei Servizi e dei Dipartimenti dell'Assistenza infermieristica.

Costante è stato anche il rapporto con gli atenei di Roma attraverso una vigorosa azione di "pressing" per l'adozione degli ordinamenti, l'attivazione dei master, delle lauree specialistiche, sui crediti e sulla trasformazione delle scuole Dai. Altrettanto impegnativo il fronte aperto con le Aziende sanitarie e ospedaliere sulla permanente carenza di personale infermieristico, sulle piante organiche, sulle attività improprie svolte dagli infermieri e sul ruolo delle figure di supporto.

Fin qua il ventaglio di relazioni esterne che il Collegio punta ad implementare ulteriormente da qui alla scadenza del mandato, nel 2005. E anche sul fronte interno, quello della casa comune degli infermieri di Roma e della provincia, il Collegio appunto, l'ultimo anno si è rivelato denso di impegni e risultati straordinari. Primo fra tutti l'aspetto logistico che ha compiuto un notevole passo in avanti con la nuova sede, più ampia e funzionale, agevole da raggiungere e da frequentare. Una sede in grado di offrire nuove opportunità a tutti gli iscritti, con servizi migliori e più rapidi, un luogo adeguato per le necessità di aggiornamento, di ricerca e di interscambio professionale, con una biblioteca ampliata e potenziata, postazioni informatiche e un'aggiornatissima banca dati per l'infermieristica.

Grande energia è stata dedicata all'alle-

stimento di corsi di aggiornamento, convegni e work-shop sui temi di più stretta attualità infermieristica. Significativi, in questo campo, i successi in termini di partecipazione e gradimento della II Conferenza internazionale (450 partecipanti), dei dodici Corsi itineranti (2000 partecipanti), del Convegno Siot (1200 partecipanti), del Sanit-Fiera di Roma (1200 partecipanti) e di molti altri corsi residenziali. L'aspetto del confronto professionale con colleghi dei Paesi a sanità più avanzata continua ad essere una prerogativa del Collegio di Roma; quest'anno, a giugno, è in programma un viaggio di studio in Canada. Oltre che al perfezionamento e alla velocizzazione dei servizi di certificazione, molte energie sono state indirizzate allo sviluppo delle tecnologie informatiche a disposizione degli iscritti con il potenziamento del sito web e nuove postazioni Internet. La nuova sede è stata interamente cablata per la gestione ottimale di tutte le procedure informatizzate e dotata di software compatibili e dialoganti fra loro e con i database della Federazione Ipasvi, con quelli dell'Ufficio contabilità, della Biblioteca e del sito web del Collegio. Una siffatta rete ha già reso possibile lo studio del documento di riconoscimento professionale su formato magnetico, utile anche in vista della prevedibile evoluzione dell'Ecm, e lo sviluppo del servizio di webmaster. La nuova centralina telefonica, inoltre, ha ridotto notevolmente i tempi di attesa e semplificato il compito del personale addetto.

Il rapporto con gli iscritti permane l'interesse primario per il Collegio. Il lavoro maggiormente integrato tra le commissioni e con queste punta proprio a coinvolgere il maggior numero di colleghi nelle varie iniziative: dai gruppi di lavoro ai comitati scientifici, dalle consultazioni telefoniche e via e-mail all'organizzazione di convegni e congressi, fino alla rete dei referenti che supporta l'attività del Collegio e interagisce con essa dalle singole strutture sanitarie presenti sul territorio.

Nel campo della revisione dei requisiti

degli iscritti le difficoltà sono concentrate soprattutto sulla problematica della residenza, sui permessi di soggiorno dei colleghi stranieri, sul riconoscimento dei titoli degli infermieri comunitari ed extracomunitari, sul mantenimento dei requisiti di legge per l'iscrizione di tutti i professionisti e per la verifica dei crediti Ecm.

Intensa anche l'attività profusa per la promozione e la tutela della libera professione infermieristica, con il lavoro svolto dall'Osservatorio sulla libera professione, l'erogazione dei servizi di consulenza a studi associati, cooperative, ambulatori e la gestione della cassa previdenziale. Il Collegio è inoltre fortemente impegnato a promuovere le opportunità legislative per lo svolgimento di attività intramoenia, ad organizzare incontri per sensibilizzare i colleghi liberi professionisti sulla responsabilità civile e per la stipula di un'assicurazione per l'eventuale responsabilità civile e penale e per conoscere le loro necessità formative e allestire corsi più mirati e personalizzati.

Il ricorso a consulenti esperti nei suoi diversi campi d'azione ha consentito al Collegio il conseguimento di importanti progressi. La consulenza informatica ha permesso di dotare il Collegio di una moderna rete di comunicazione interna ed esterna e di dialogare al meglio con



gli iscritti attraverso la messaggistica on-line.

Prezioso continua a rivelarsi il contributo del consulente legale con il costante aumento del numero dei casi trattati e con una serie di pareri e indirizzi che supportano il Collegio nei suoi interventi di natura legale e legislativa. Con il contributo del consulente commercialista si è potuta avviare la riorganizzazione dell'assetto amministrativo contabile, con un nuovo regolamento, l'acquisizione del software della Federazione Ipasvi, l'esternalizzazione dei servizi contabili, l'attivazione della procedura di controllo sulla liquidazione delle spese, solo per fare qualche esempio. Gli obiettivi giunti ormai a portata di mano consistono in una buona economia di spesa, nel miglioramento dell'Ufficio di tesoreria, nella valorizzazione e nella motivazione del personale del Collegio. Successi altrettanto tangibili sono attribuibili alla costituzione dell'Ufficio stampa, con una rinnovata impostazione e una veste grafica più attuale della rivista "Infermiere Oggi" e con la cessione esterna dell'editing. Importante è anche la presenza costante sugli organi di informazione per promuovere l'immagine della professione e le campagne informative destinate alla popolazione.

Infine la ricerca infermieristica, un settore a cui il Collegio dedica molta attenzione e crescenti risorse, proponendosi esso stesso come centro di eccellenza dopo aver recepito le raccomandazioni e i protocolli internazionali più recenti. Indicative in tale direzione sono la partecipazione allo studio multicentrico italo-canadese, l'attività integrata con la Commissione biblioteca e con la rete di eventi formativi, la costante comunicazione con gli altri Collegi attraverso il servizio di webmaster.

Molto è stato fatto in quest'ultimo anno e molto resta ancora da fare per centrare gli obiettivi che il Collegio si è posto per il triennio in corso. Con la collaborazione fattiva di tutti e l'entusiasmo che caratterizza gli infermieri, possiamo puntare con decisione ed ottimismo a un futuro più roseo per la

professione e, per diretta conseguenza, dei cittadini che ogni giorno assistiamo.

RAPPORTI CON GLI ISCRITTI E RELAZIONI PUBBLICHE

Questa commissione composta da: Gianfranco Del Ferraro (referente), Maurizio Fiorda, Matilde Napolano, Luigi Patrizi, Emanuela Tiozzo, si è costituita con l'intento di attivare, migliorare ed incrementare il rapporto e lo scambio di informazioni con i nuovi e con i vecchi iscritti.

Inoltre si è data come mandato specifico la costruzione di strumenti per verificare se gli obiettivi proposti sono stati raggiunti.

È utile ricordare gli strumenti e le attività già attivate che sono state ulteriormente potenziate e che riscuotono sicuramente tanto successo perché raggiungono l'infermiere ovunque esso si trovi:

la rivista trimestrale "Infermiere Oggi";
televideo regionale RAI 3 aggiornato in tempo reale;

il sito Internet www.ipasvi.roma.it

la posta elettronica

il fax 24/24 ore

l'ampliamento del numero dei referenti ospedalieri e territoriali, a seguito di attenta selezione;

la consulenza legale a tutti gli iscritti;

l'aggiornamento attraverso lo svolgimento di 12 giornate itineranti;

la presenza costante, durante l'apertura pomeridiana della sede, di un componente della commissione per le informazioni telefoniche.

La commissione si è inoltre attivata per realizzare, in collaborazione con altre commissioni, una serie di iniziative e progetti relativi all'aggiornamento professionale, ai rapporti con le associazioni, prima fra tutte la Komen Italia, per promuovere la prevenzione del tumore al seno.

Inoltre si è attivata per la realizzazione di iniziative atte alla incentivazione delle iscrizioni ai corsi universitari.

La prossima iniziativa sarà un questionario agli iscritti sulla percezione circa le attività del Collegio e i servizi erogati.

AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE

La commissione formazione ed aggiornamento del Collegio IPASVI Roma è composta da : Cipolloni Maria, Del Ferraro Gianfranco, Esposito Mario, Napolano Matilde, Pepe Maria Vittoria, Pulimeno Ausilia (Referente) Tosini Marco, Turci Carlo.

Il Collegio IPASVI di Roma pur non avendo la formazione tra i suoi compiti principali istituzionali ritiene l'aggiornamento professionale uno strumento indispensabile per l'infermiere che negli ultimi anni ha visto mutare radicalmente il suo livello di autonomia, di competenza, di responsabilità. Nel panorama sanitario attuale i grandi cambiamenti realizzati sono, da un lato il frutto di una matura e responsabile testimonianza di professionalità degli infermieri e, dall'altro, un sostanziale cambiamento dei bisogni della persona assistita. Tutto ciò ha innescato un processo di modifica radicale del panorama legislativo italiano che ha decisamente rivoluzionato il percorso formativo e ridisegnato sostanzialmente il ruolo degli operatori sanitari nel prendersi cura dei cittadini. Le norme da sole non bastano a modificare la cultura professionale negli ambienti di lavoro, è necessario che tutti i professionisti acquisiscano una nuova mentalità e prendano coscienza del nuovo specifico professionale che caratterizza la figura infermieristica attuale. Il Collegio IPASVI di Roma attraverso le attività della Commissione Formazione vuole mettere a disposizione dei propri iscritti opportunità formative atte a migliorare la consapevolezza e la responsabilità dei singoli e del gruppo professionale nel recepire i dettati legislativi e deontologici che sono alla base del cambiamento da realizzare negli ambienti di lavoro.

Nell'anno 2003 sono stati realizzati:

- 12 corsi itineranti nei principali nosocomi romani e della provincia a cui hanno partecipato circa 2000 infermieri;
- Il Conferenza sul "Sapere infermieristico in una prospettiva internazionale" con 450 partecipanti
- Corso di formazione in Ortopedia con 1500 partecipanti
- Conferenza in collaborazione con SANIT presso la Fiera di Roma con 1200 partecipanti
- Corsi interni al Collegio sulla ricerca bibliografica con 150 partecipanti.

Sono stati somministrati dei questionari per valutare i bisogni formativi dei partecipanti (Tab. Y), le modalità di svolgimento delle attività formative, gli orari di svolgimento preferiti. L'analisi dei dati ha permesso di ridefinire per il 2004 gli obiettivi formativi dei prossimi corsi. La Tab X Risultati del questionario mostra la sintesi dei test di gradimento che ogni partecipante ai corsi ECM 2003 ha compilato con i relativi suggerimenti e le proposte da realizzare per il 2004.

L'attività formativa dello scorso anno ha visto in molte occasioni la collaborazione del Collegio con varie Società scientifiche Infermieristiche e Mediche, oltre ad una fattiva collaborazione con le sedi Universitarie di Roma.

Nell'ultima riunione della Commissione formazione sono state valutate tutte le attività realizzate nel 2003 e per ogni evento formativo sono state evidenziati tutti i dati relativi allo svolgimento, al gradimento dei partecipanti, alle difficoltà organizzative, alle sedi in cui gli eventi si sono svolti ecc. Tutto ciò ha permesso di definire le strategie e gli obiettivi per la formazione da realizzare nel 2004 che possono essere riassunti schematicamente come segue :

- Attivazione di corsi itineranti in sedi accoglienti e confortevoli, attrezzate in modo da permettere ai partecipanti di seguire agevolmente i contenuti delle relazioni. Tali eventi formativi verranno organizzati utilizzando metà giornata e ci saranno più argomenti tra i quali scegliere.
- Ulteriore incremento della collaborazione tra Collegio e Società Scienti-



*Il centro di documentazione
e biblioteca della nuova sede del Collegio*

fiche, Associazioni Infermieristiche, Sedi Universitarie, Gruppi di colleghi esperti che operano in omogenei ambiti professionali per progettare percorsi formativi specifici che permettano confronto e discussione tra professionisti di una stessa area di competenza e per attivare corsi di formazione interni al Collegio per piccoli gruppi di partecipanti, utilizzando al massimo la nuova sede che offre più servizi ed opportunità per gli iscritti.

- Corsi per colleghi extra – comunitari da realizzare prima dell'esame per ottenere l'iscrizione all'albo puntando l'attenzione sulle norme legislative e il codice deontologico per l'area infermieristica in Italia e sulla conoscenza della lingua italiana.
- Work Shop con argomenti monotematici con varie associazioni infermieristiche
- Elaborazione di un nuovo questionario per la raccolta di informazioni relative ai bisogni formativi, alle esigenze degli iscritti rispetto alla formazione, a suggerimenti e proposte.
- Presenza il lunedì ed il giovedì presso la nuova sede del Collegio di un componente della commissione formazione per incontrare colleghi che

hanno necessità di confronto o supporto e collaborazione per quanto riguarda la formazione ECM 2004. Per situazioni particolari anche su appuntamento.

- Realizzazione di un osservatorio sulla formazione post base (master, laurea specialistica).
- Realizzazione di un sistema informatico per la rilevazione elettronica delle presenze dei partecipanti ai corsi e modalità di iscrizione sempre più facilitate per chi deve iscriversi.
- Vigilanza su tutti gli eventi formativi del programma ECM indirizzati agli infermieri valutando la rispondenza degli obiettivi e dei contenuti formativi allo specifico infermieristico.
- Collaborazione con il Consorzio CO-GEAPS per la certificazione e la registrazione dei crediti ECM acquisiti dagli iscritti del Collegio IPASVI di Roma.

La commissione formazione del Collegio IPASVI di Roma intende portare a compimento tutti gli impegni fin qui esplicitati con la convinzione che maggiore sarà la collaborazione e la partecipazione attiva di ogni iscritto a tutte le attività formative e migliori saranno i risultati che si potranno vedere realizzati.

DOCUMENTAZIONE E BIBLIOTECA

L'informazione e l'aggiornamento rappresentano esigenze profondamente sentite, in un momento storico che sta vedendo esplodere la letteratura scientifica e tecnica in campo infermieristico. La Biblioteca ed il Centro di documentazione - ricerca del Collegio IPASVI di Roma vogliono soddisfare in pieno tali esigenze.

La Commissione che si è costituita con l'avvio del nuovo triennio è composta dai Consiglieri: Carlo Turci, Luigi Patrizi, Matilde Napolano, Maurizio Fiorda, Stefano Casciato. La Commissione, che è coadiuvata dalla Dottoressa Edy Fanfera, il collaboratore esterno esperto in biblioteconomia, e Fabrizio Tallarita, il webmaster, ha lavorato nel-

l'anno 2003 per adempiere un obiettivo ritenuto prioritario: mettere a disposizione degli utenti della biblioteca strumenti operativi e professionisti in grado di soddisfare le richieste d'informazione e ricerca.

1. UTENZA

Nell'anno 2003 la Biblioteca è stata frequentata da n. 671 utenti (numero rilevato dalle schede statistiche) per la consultazione, esercitata solo il giovedì pomeriggio, registrando un aumento rispetto all'anno passato (552), mentre l'interrogazione della base di dati Cinahl, effettuata solo il martedì mattina, ha raggiunto il numero di 64 utenti rispetto ai 75 dell'anno passato. Le attività della biblioteca sono state sospese a metà dicembre per il trasferimento presso la nuova sede.

La maggioranza degli utenti è costituita da studenti dei Diplomi Universitari in Scienze Infermieristiche, che frequentano la biblioteca per ricerche finalizzate alla compilazione di tesine e alla redazione della tesi di fine corso; a questi si aggiungono gli allievi dei Master infermieristici. Si notano, quindi, maturità ed approcci diversi alla ricerca documentaria: una parte tende ad utilizzare solo fonti documentarie italiane, un'altra parte, consapevole della necessità di ampliare la ri-



cerca documentaria a fonti primarie e specialistiche, completa le ricerche consultando anche le riviste straniere e la banca dati del Cinahl. Altra utenza, non numerosa ma costante, è rappresentata dai docenti dei D.U. e non mancano le consultazioni di utenti che si rivolgono alla biblioteca per motivi di aggiornamento o di ricerca infermieristica. Gli studenti tendono a consultare più fonti possibili nel corso del pomeriggio ed si impegnano totalmente nell'orientamento e nella movimentazione dei libri e delle riviste, anche per le numerose richieste di orientamento alla ricerca infermieristica su internet, al sistema interbibliotecario nazionale e agli opac medico-infermieristici.

Lo spazio riservato all'orientamento dell'utenza, sia per quanto riguarda la ricerca bibliografica su materiale cartaceo che per quella relativa all'interrogazione delle banche dati - quest'ultima alquanto impegnativa in quanto la maggior parte dell'utenza non conosce la lingua inglese, né le procedure informatiche per la ricerca - ha assorbito la massima parte delle risorse messe a disposizione per la gestione della biblioteca, che si trova a dover tendere verso la maggiore soddisfazione delle esigenze dell'utenza. Soddisfazione che nell'attività bibliotecaria risulta indissolubilmente legata alla capacità di rispondere efficacemente alle diverse richieste di documentazione e informazione e al tempo necessario per soddisfarle.

2. PATRIMONIO BIBLIOGRAFICO

2.1. Riviste

Nel corso del 2003 la biblioteca ha incrementato in modo significativo il proprio patrimonio bibliografico per ciò che concerne le riviste straniere che sempre più costituiscono, considerata l'esigua produzione nazionale, strumento elettivo di reperimento di informazioni insieme alle ricerche bibliografiche sulle banche dati.

Al 31.12 .2003 erano presenti in bi-

blioteca 164 testate di riviste così suddivise:

70 titoli di riviste straniere in abbonamento (inglesi - francesi - americane - canadesi);

24 titoli di riviste italiane in abbonamento;

70 titoli di riviste italiane ricevute in omaggio e in cambio dai diversi Collegi Iplasvi del territorio nazionale. (Molte di queste riviste risultano però cessate).

Il congruo numero di periodici, in particolare quelli stranieri, costituisce ormai elemento portante della biblioteca attribuendole un carattere originale e peculiare all'interno del mondo dell'informazione infermieristica italiana, carattere testimoniato, peraltro, dalle diverse richieste di articoli su riviste straniere da parte di biblioteche biomediche del nord-Italia, possedute esclusivamente dalla biblioteca IPASVI.

L'accesso ai periodici (titoli, annate possedute, collocazione) è dato da un catalogo aggiornato, cartaceo per gli utenti, che ne permette l'immediato reperimento.

Trattandosi, di fatto, del maggior patrimonio culturale ed economico della biblioteca, necessita, per una oculata gestione amministrativa e per la preparazione di ulteriori strumenti di accesso, di più ampie risorse temporali.

2.2 Monografie

Per quanto riguarda le monografie la biblioteca ha incrementato limitatamente il patrimonio acquisendo solo le ultime novità in tema di management sanitario e di controllo della qualità (11 libri), condizionata dalla mancanza di spazio nella precedente sede. Si è rimandata una sistematica acquisizione delle ultime novità editoriali sulle scienze infermieristiche alla disponibilità di più ampi spazi presso la nuova sede; sono giunte in omaggio pubblicazioni sull'infortunistica nel lavoro e sulla formazione infermieristica.

2.3 Banche dati

Come già accennato la biblioteca è abbonata alla banca dati CINAHL NURSING che costituisce la banca dati

specifica per l'infermieristica. La consultazione si svolge per appuntamento il martedì mattina, l'affluenza è costante. L'utenza si rivolge alla banca dati per reperire documenti su temi innovativi, poco trattati in ambito italiano, o per vagliare sistematicamente la documentazione bibliografica relativa ad un particolare argomento nel più ampio panorama internazionale, confortata dalla concreta possibilità di reperire i documenti presso la collezione dei periodici della stessa biblioteca; c'è un passaggio naturale degli utenti che consultano le riviste straniere all'uso del CINAHL e viceversa.

Le ricerche sono state sempre effettuate correlando il soggetto con altri items al fine di centrare al massimo la selezione dei documenti.

Alcuni temi rappresentano certamente categorie bibliografiche carenti e debbono considerarsi indicazioni senz'altro utili poiché consentono di indirizzare più correttamente una politica degli acquisti.

3. CORSI DI AGGIORNAMENTO

3.1 Il corso "Le fonti multimediali per la ricerca infermieristica: metodologia, bibliografia e strumenti per l'apprendimento".

Nell'anno 2003 si sono svolti il 4° (27-28 giugno), 5° (4-5 luglio) e 6° (12-13 settembre) corso sulla ricerca bibliografica e la ricerca multimediale nel campo delle Scienze Infermieristiche e hanno avuto il medesimo successo di quelli svolti nel 2002. I corsi voluti con determinazione dagli organi direttivi del Collegio IPASVI, nell'ambito del più ampio progetto di offrire una formazione continua di qualità ai propri iscritti, sono stati organizzati con lo scopo di mettere a disposizione di tutti coloro che intendono intraprendere la ricerca o per coloro che intendono esercitare l'aggiornamento scientifico e pratico delle discipline del nursing, le metodologie applicative per un proficuo impiego delle fonti bibliografiche. In particolare sono state esaminate le diverse modalità di approccio al corretto uti-

lizzo degli attuali strumenti di ricerca bibliografica onde offrire maggiori opportunità di analisi e di approfondimento della ricerca attraverso le nuove fonti informatiche. Le materie affrontate durante le lezioni sono state: la bibliografia e la sua applicazione nella descrizione delle fonti, l'uso delle banche dati informatiche come il Cinhal, la ricerca attraverso Internet e un percorso metodologico sulla compilazione di una tesi di laurea. Il seminario prevedeva una parte teorica e una sessione dedicata alle esercitazioni pratiche effettuate dai discenti sulle postazioni Internet e la banca dati Cinhal per la ricerca infermieristica, una terza parte pratica ha visto gli iscritti esercitarsi sulla giusta formulazione di una citazione bibliografica. Nella scheda finale gli iscritti hanno dichiarato di essere in grado di:

- di definire gli obiettivi di una ricerca bibliografica partendo dal problema che si vuole affrontare;

- di definire le strategie per ricerca bibliografica

- di citare correttamente i riferimenti bibliografici secondo gli standard definiti (tipo letterale e modello Vancouver);

Il coinvolgimento degli iscritti per le materie trattate è stato entusiasmante. Estremamente positivi i giudizi dei partecipanti espressi nelle schede valutative. Ciascun corso è stato frequentato mediamente da 30 persone, per un totale di 90 partecipanti.

La validità scientifica dei contenuti del corso, il gradimento, la richiesta sempre numerosa, hanno spinto gli organi direttivi dell'IPASVI a idearne una versione informatica on-line per una fruizione in auto-apprendimento, iniziativa che pone il Collegio all'avanguardia nella formazione infermieristica residenziale. Il progetto, studiato ed elaborato in collaborazione con TELECOM ITALIA LEARNING SERVICES, prevede nella sua fase finale un prodotto di e-learning in cui i singoli partecipanti abilitati da userid e password possano accedere dalla loro postazione remota, attraverso un portale Internet

dedicato, ai contenuti, compiere il percorso formativo secondo propri tempi di apprendimento (tempo stimato 20 ore) e concluderlo con il test finale di valutazione; è previsto che il discente possa contattare i tutors delle diverse discipline on-line o via e-mail.

Ad ottobre, realizzato il prodotto informatico intitolato "Le fonti multimediali per la ricerca bibliografica nell'infermieristica", si è ritenuto di sperimentarlo in un corso tenuto il 27-28 ottobre presso la sede TELECOM ITALIA LEARNING SERVICES al fine di vagliare eventuali difficoltà dei discenti e quindi di ottimizzarlo. La disponibilità, presso le aule TELECOM, di sistemi integrati di PC, singolarmente abilitati ad internet e controllati dalla postazione dei docenti, ha permesso di "simulare" l'uso del corso informatico in auto-apprendimento, pur fornendo una "tradizionale" introduzione dei docenti alle diverse sezioni disciplinari e l'assistenza dei tutors nelle esercitazioni.

Il rapporto PC-discenti è stato di 1 a 2, il totale dei partecipanti 50.

Dall'analisi del questionario di customer satisfaction si evince che l'evento è stato considerato dalla generalità altamente positivo: generale la soddisfazione per i contenuti e per l'aspetto editoriale della piattaforma informatica, dissonante qualche richiesta di insegnamento "tradizionale" giustificata da una scarsa dimestichezza con il computer. Si è per questo deciso di concludere la sperimentazione della piattaforma informatica con un prossimo corso in cui pre-requisiti richiesti siano la conoscenza dell'uso del computer e dell'inglese scolastico, corrispondenti di fatto al profilo dell'utente cui è destinato il prodotto; la simulazione sarà maggiormente realistica in quanto docenti e tutors intervengono solo su richiesta.

4. PROSPETTIVE

Compito primario di una biblioteca specialistica è porsi, quanto più possibile, all'interno del sistema della comunicazione scientifica, facilitando in modo adeguato l'accesso alle fonti documen-

tarie, sia proprie, sia a quelle conservate presso altri Istituti e Biblioteche.

La biblioteca dispone infatti di un patrimonio documentario infermieristico che è di notevole interesse scientifico; la sua visibilità sul web ne fa poi un riferimento centrale per l'utenza locale e nazionale (richieste via e-mail/telefono di indicazioni bibliografiche), nonché per le biblioteche medico-sanitarie che cercano, con lo scambio interbibliotecario, di integrare la propria documentazione sul nursing.

Oltre alla consultazione, che l'utenza chiede costantemente di ampliare, sempre più numerose sono le richieste di orientamento agli opac medico-infermieristici, ai siti della ricerca infermieristica, alla disponibilità di periodici infermieristici on-line, quesiti ai quali è per il momento possibile rispondere con dei suggerimenti (fonti IPASVI).

Il Consiglio ha avviato da qualche tempo, un ambizioso progetto per la realizzazione dell'indicizzazione delle riviste e un thesaurus - soggettario per le Scienze infermieristiche. Ciò comporterà preliminarmente due fasi relative a contributi professionali distinti:

- l'acquisizione di un software di ricerca
- interrogazione avanzata sul modello in uso nel Cinhal;



Attività istituzionale al Collegio

- l'indicizzazione, come procedura bibliotecomica vera e propria della rivista che annovera, sinteticamente, le seguenti operazioni:

- o trasformazione e / o riduzione del documento ad unità informative;
- o creazione dei linguaggi documentari (thesauro costituito dai termini rappresentativi del documento)
- o archiviazione, reperimento e circolazione dell'informazione.

A tal fine è stata inviata una lettera circolare a tutti i Collegi Ipasvi e sedi dei corsi universitari per conoscere se in quelle sedi fossero state avviate iniziative analoghe. Le risposte pervenute hanno confermato che l'iniziativa intrapresa dal Consiglio di Roma trova sostegno ed entusiasmo, rappresentando una risorsa per tutti i colleghi. Sempre allo scopo è stato acquistato l'indice del Cinhal, quale strumento ausiliario per l'avvio del lavoro.

Sono, inoltre, in corso i rinnovi degli abbonamenti, da parte del Collegio IPASVI di Roma, a riviste italiane e straniere, cui si aggiungerà la nuova acquisizione di monografie.

Giornate di consultazione ed incremento spazi.

La Biblioteca ed il Centro di Documentazione e Ricerca con inizio marzo 2004 saranno a disposizione degli iscritti per la consultazione delle riviste e dei libri, oltre che il giovedì anche il mercoledì dalle ore 15.00 alle ore 18.00. Il Consiglio ha sentito il dovere di ampliare i giorni di consultazione per la Biblioteca, a seguito della crescente richiesta ed alla luce dell'incremento degli spazi destinati alla biblioteca, nella consapevolezza che la migliore fruizione da parte degli utenti, nonché l'attuazione di progetti futuri, passa necessariamente per la migliore organizzazione della sistemazione del materiale documentario e dello spazio dedicato alla lettura, consultazione e ricerca. Inoltre sono previste tre postazioni multimediali per la ricerca in internet, gratuita agli iscritti ed ai studenti.

Convegni e corsi di aggiornamento

La Commissione Biblioteca - Centro di documentazione - ricerca in collaborazione con la Commissione Formazione e la Commissione Ricerca sta programmando per quest'anno un Convegno sulla "Storia dell'assistenza infermieristica in Italia" proponendo il coinvolgimento della Cattedra di Storia della Medicina dell'Università la Sapienza di Roma e di Tor Vergata.

Il Collegio IPASVI di Roma in collaborazione con il Centro di Formazione Telecom Italia Learning Services ha previsto un ulteriore corso multimediale con la fruizione del WBT (Web Based Training) tramite piattaforma TILS di Roma, elaborata nei precedenti corsi, finalizzando e concretizzando il progetto "F.A.D. - Formazione a distanza" per il personale sanitario secondo le linee dell'ECM.

On line: notizie dal Collegio IPASVI di Roma

Il sito web del Collegio IPASVI di Roma rappresenta ormai una realtà entusiasmante. Molti sono i colleghi che giornalmente si collegano al sito per la consultazione a titolo gratuito della Collana Arcobaleno e della rivista Infermiere Oggi, per le informazioni relative ai corsi di aggiornamento e di formazione, gruppi di ricerca e commissioni, nonché le news sulla professione infermieristica e sulla sanità in genere. E' possibile l'iscrizione alle iniziative del Collegio via E-mail.

LAVORO E LIBERA PROFESSIONE

La Commissione lavoro e libera professione è composta dalle Consigliere: Matilde Napolano, Maria Vittoria Pepe, Maria Grazia Proietti, Ausilia M.L. Pulimeno, ed è coordinata da Francesca Premoselli.

IL RUOLO DELLA COMMISSIONE

Osservatorio provinciale sulla L.P. Anagrafe degli iscritti che esercitano la libera professione, sia di coloro che svolgono attività in forma individuale che per coloro che esercitano in forma

associata. Essa viene aggiornata ogni sei mesi.

Vigilanza

Controllo iscrizione collegio IPASVI 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 e concorrenza sleale;

sull'esercizio esclusivo della professione;

sul rispetto dei comportamenti e della deontologia.

Certificazione

verifica dell'iscrizione all'albo,

verifica all'iscrizione alla Cassa di Previdenza;

concessione nulla osta alla pubblicità sanitaria

validazione parcelle.

Consulenza

sul significato della L.P.

sugli strumenti della L.P. regolamentar tariffario professionale.

NUOVO PROGRAMMA

Valutare le possibilità legislative per lo svolgimento di attività intramoenia:

- ambulatorio infermieristico nelle Aziende Ospedaliere e Aziende USL
- attività intramoenia istituzionale di supporto al medico per tutto il personale infermieristico dell'Azienda
- libera professione per prelievi a domicilio
- promuovere prestazione aggiuntiva per incrementare l'attività o colmare posti vacanti previsti in pianta organica
- elaborazione di un questionario da inviare a tutti i professionisti per la raccolta di informazioni relative alle loro esigenze:
 - ✓ età del professionista
 - ✓ tipo di prestazioni
 - ✓ aspettative nei confronti del collegio
 - ✓ difficoltà e disagi
 - ✓ titolo di studio
 - ✓ aggiornamenti fatti
 - ✓ organizzazione e gestione del lavoro
- corso da inserire nelle giornate di studio itineranti in relazione alle esi-

genze individuate

- sportello libera professione da mettere sulla pagina di televideo
- organizzare con la cassa di previdenza un incontro per sensibilizzare i professionisti sulla responsabilità civile
- stipulare una assicurazione per eventuale responsabilità civile/penale
- iscrizione alla cassa di previdenza: obbligatorietà e vantaggi
- organizzare una commissione composta da direttori dei servizi infermieristici per progetto pilota per la libera professione infermieristica intramoenia
- attivazione nella nuova sede del collegio di uno sportello di consulenza per i professionisti giovedì della h. 1700 alle h. 1800
- instaurazione rapporti di collaborazione con l'amministrazione della cassa di Previdenza per ottimizzare l'attività di sportello
- organizzare con la cassa di Previdenza incontri per sensibilizzare i professionisti sulla responsabilità civile, iscrizione alla cassa di previdenza, assicurazione.
- attivazione incontri periodici con il legale del collegio ed i professionisti
- controllo sulle società di servizi che utilizzano personale infermieristico presso



- le aziende pubbliche e private
- incontri periodici con i professionisti per conoscere le loro necessità formative e organizzare corsi mirati e personalizzati
- controllo sulle cooperative che utilizzano personale infermieristico in relazione alla normativa del 2001
- studiare un nuovo tipo di "Modello Imprenditoriale"
- studiare un "Modello di accreditamento" delle associazioni, delle cooperative o del professionista autonomo:
 - ✓ Modalità di accreditamento
 - ✓ Marchio di accreditamento
 - ✓ Procedure ISO
- passare da un concetto "astratto" ad un modello scientifico e valutare se risponde a tutti i criteri di accreditamento
- stipulare dei contratti con gli ispettori-valutatori (consiglieri Collegio IPASVI)

COMMISSIONE RICERCA

La commissione ricerca nell'anno 2003 ha attivato una collaborazione per un progetto di indagine di prevalenza delle LDD in un campione di RSA nel Lazio.

Gli scopi sono:

1. stimare la prevalenza delle LDD tra gli anziani ospiti in un gruppo di RSA della Regione Lazio.
2. sperimentare modalità di confronto della prevalenza di LDD tra singole RSA
3. diffondere all'interno dei servizi, strumenti standardizzati per la valutazione sia del rischio che della gravità delle LDD.
4. identificare i principali fattori associati con una prevalenza più elevata di LDD;
5. descrivere le caratteristiche strutturali ed organizzative delle RSA coinvolte nello studio.

Lo studio ha visto la partecipazione di : Regione Lazio - Agenzia di Sanità Pubblica, con la collaborazione del Collegio IPASVI di Roma e l'ANASTE (associazione nazionale strutture terza età) in rappresentanza di 15 strutture di RSA.

Per l'IPASVI di Roma, insieme ai Consiglieri della commissione ricerca, hanno partecipato la D.A.I. Ivana Vallario, per

la ricerca bibliografica e la revisione della letteratura, lo studente laureando infermiere Dani Simeoni per la raccolta dei dati sul campo.

Sono stati valutati 1111 ospiti (97,8% dei presenti) delle 15 RSA con tipologia e dimensioni diverse (da 20 posti a 120 posti). Degli ospiti le donne sono 770 (70%), il 50% soggiornava nella struttura da oltre due anni, il 58% affetto da patologie neurologiche,.

Il 19 gennaio 2004 sono stati presentati i risultati in un convegno di cui si allega la locandina e breve relazione.

Per l'anno 2004, in base ai risultati ottenuti dallo studio, sono previste delle giornate formative ECM per gli operatori di tutte le strutture di RSA. La formazione vedrà coinvolti, in qualità di docenti, i componenti della commissione ricerca.

Non sono previsti costi economici per la parte dello studio concluso nel 2003.

Per il 2004 la Commissione ricerca propone:

- a. l'integrazione al suo interno della gestione dei corsi ECM in collaborazione con la commissione formazione e aggiornamento. La motivazione è la necessità di ottimizzare le risorse disponibili e utilizzare le competenze presenti nelle commissioni per individuare, organizzare e gestire gli eventi. In particolare i progetti FAD e di sperimentazione per identificare i criteri di accreditamento dei provider devono essere posti come priorità per lo sviluppo del Collegio IPASVI di Roma in qualità di promotore di eventi ECM.
- b. una collaborazione con il Comitato Infermieri Dirigenti per attuare una indagine conoscitiva sulla reale situazione dei servizi infermieristici della Regione Lazio. Il collegio potrebbe collaborare in termini di comunicazione e informazione e di raccolta dei dati.
- c. la possibilità di collaborare con gruppi di colleghi per sviluppare l'interesse alla ricerca infermieristica utilizzando anche fondi economici da dedicare nel prossimo bilancio preventivo.

La prevenzione delle malattie infettive, sul territorio: "Infermieri in prima linea"

Maurizia D'Amore

IL PERCORSO FRA PASSATO E PRESENTE. DALLA CORSIA AL TERRITORIO: L'ALTRA FACCIA DELL'INFERMIERE

L'equipe infermieristica del Servizio Vaccinale Aziendale della A.S.L. ROMA E.

E' un Servizio distinto in tre settori:

- 1) Vaccinazioni pediatriche
- 2) Profilassi e vaccinazioni internazionali, vaccinazioni nazionali adulti obbligatorie e raccomandate
- 3) Diagnosi e cura delle malattie del viaggiatore.

Provenendo tutte noi da esperienze lavorative di tipo clinico, conosciamo lo scetticismo che esisteva anche fra gli stessi operatori sanitari in merito al ruolo di un infermiere di territorio ed in particolare di chi operava nell'ambito della medicina preventiva. Perplessità ragionevoli finché l'assistenza sanitaria globale era incentrata sulla cura.

I tempi sono cambiati ed a tutti i livelli si sente riecheggiare una sorta di nuova parola d'ordine: "PREVENZIONE"; nella moderna architettura ed ingegneria, nell'educazione, nell'ambito della salvaguardia di interessi internazionali da circa dieci anni si è addirittura diffuso il concetto di *guerra preventiva*, destando peraltro non poco e comprensibile imbarazzo e, naturalmente nella Sanità, come si evince anche dal Nuovo Piano Sanitario Nazionale (obiettivi 1998/2004).

Non è un caso se ora il tirocinio pratico

degli studenti del corso di laurea di primo livello in Infermiere Generale inizia dal territorio per finire in reparto. Si va maturando l'idea che l'infermiere di territorio, al pari del clinico, debba avere capacità e competenze ben definite, le normative in proposito lo sottolineano ormai da dieci anni.

Data l'attuale rilevanza della prevenzione a tutti i livelli, l'infermiere di territorio può assumere il privilegio e gli oneri di essere considerato dalla società figura rappresentativa della categoria professionale. In tale veste egli è chiamato ad un confronto molto impegnativo.

Se è vero infatti che l'infermiere ospedaliero deve saper condurre e sostenere una *relazione d'aiuto*, più o meno lunga con il paziente ed è da questi continuamente osservato e valutato, è pur vero che, il fattore *tempo* gioca a suo favore: gli consente di recuperare, di correggersi più volte nel rapporto con il malato, tanto sul piano tecnico quanto su quello relazionale. Ed ancora, un'equipe infermieristica di reparto è composta almeno da una decina di professionisti, che si alternano sugli stessi pazienti, si integrano l'un l'altro perseguendo il fine comune di fornire il miglior livello di assistenza possibile. I malati hanno così modo di non generalizzare il loro giudizio, visto che anche nel gruppo di lavoro più omogeneo possono coesistere elementi validi ed altri meno validi. Insomma, diversi punti in più per trasferire un'immagine professionale positiva alla collettività. Infatti chi ha avuto un'espe-

rienza di malattia che abbia comportato il ricovero, è in grado di fare un bilancio che sovente vede in attivo la voce "assistenza infermieristica".

Queste ragioni e la pratica sul territorio, ci convincono che chi, come noi lavora quasi prettamente sulla prevenzione, può incidere in modo determinante, se non definitivo, sulla *percezione* dell'infermiere che di fatto resta nell'immaginario collettivo.

L'infermiere ospedaliero lavora in prevalenza sui malati, al contrario, l'infermiere che fa prevenzione primaria può rapportarsi, seppur velocemente, alla quasi totalità della popolazione (le profilassi vaccinali si attuano per lo più su soggetti sani); di questa, anche se si fa fatica a crederlo, soltanto una minima parte ammalerà tanto da essere "ospedalizzata". L'ipotesi non è peregrina, se si pensa all'opinione comune che la salute non è solo "Uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale...." (O.M.S.1946), ma piuttosto una *condizione di equilibrio dinamico che consente all'individuo di mantenere un'armonia fra le sfere fisica, psichica, sociale* (A. Seppilli 1966).

Per la maggior parte dei cittadini, il rapporto con l'infermiere dell'area di prevenzione primaria, può rimanere per molto tempo l'unica esperienza diretta per farsi un'idea sulla nostra categoria e, se non saremo stati capaci di lasciare un segno positivo su questa grossa fetta di popolazione, ne soffrirà l'immagine di tutta la classe infermieristica, della quale noi per pochi attimi siamo l'unico riferimento.

Ogni giorno l'infermiere di territorio lavora su enormi numeri di persone, il suo rapporto con il singolo utente si articola e si risolve in un arco di tempo assai breve, mentre la richiesta di servizi e l'aspettativa di qualità sono sempre più pressanti.

Siamo consapevoli che una prestazione degna di un professionista che si rispetti, è determinata da *funzioni* e non da *compiti*, esprime conoscenze scientifiche ed abilità tecniche. Se poi, come nel nostro caso, deve realizzarsi in una manciata di minuti, l'operatore che la offre deve essere disinvolto, ma anche possedere capacità di sintesi che derivano soltanto da una preparazione attenta e dall'approfondimento continuo degli argomenti da trattare.

In conclusione, se in ospedale i fattori *tempo, numero di utenti e prestazione individuale*, giocano a favore dell'infermiere, sul territorio divengono variabili negative, quasi delle sfide che da professionisti sosteniamo e superiamo solo contrapponendo il nostro "sapere, saper fare, saper essere".

L'IMPORTANZA DELLA FUNZIONE EDUCATIVA COME ESPRESSIONE DEL RUOLO DELL'INFERMIERE DI PREVENZIONE PRIMARIA

Le ultime normative identificano i livelli dell'assistenza infermieristica in: *preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa*. Come operatori sanitari infermieri sperimentiamo fortemente il senso di appartenenza ad un'unica categoria professionale, tuttavia può risultare utile una distinzione didattica, una sorta di proposizione matematica, per focalizzare il ruolo specifico a seconda delle diverse realtà lavorative, quindi si potrebbe affermare che:

$$\begin{aligned} & \text{LA PREVENZIONE:} \\ & \text{ALL'INFERMIERE DI TERRITORIO} \\ & = \\ & \text{L'ASSISTENZA AI MALATI:} \\ & \text{ALL'INFERMIERE DI REPARTO} \end{aligned}$$

Si intende che una funzione non esclude l'altra, piuttosto significa indirizzare le proprie conoscenze e capacità in modo razionale e pertinente.

L'infermiere di medicina preventiva esprime concretamente il proprio ruolo nell'*Educazione Sanitaria* e, a tal proposito, l'argomento *malattie infettive* è da considerarsi tutt'altro che esaurito.

Malgrado dalla seconda metà del secolo scorso si sia osservata la netta prevalenza delle malattie *cronico-degenerative* su quelle *infettive*, non è possibile abbassare la guardia sul controllo di queste ultime. Sappiamo infatti che l'inversione di morbilità e mortalità fra le une e le altre si è ottenuta non soltanto migliorando le condizioni nutrizionali degli individui e quindi potenziando la capacità di difesa immunitaria verso gli agenti patogeni, ma anche attraverso l'incremento delle difese immunitarie specifiche con la diffusione delle

vaccinazioni di massa. Recenti scoperte riconoscono poi una componente infettiva nell'eziologia di malattie classicamente annoverate fra le cronic-degenerative come, ad esempio, l'*elycobacter phylori* corresponsabile dell'ulcera dell'apparato digerente, o il papilloma virus implicato nell'insorgenza del k della cervice uterina. Esiste però un elemento particolare che, insieme a tutto questo, ribadisce l'attuale l'importanza dell'educazione sanitaria rivolta alle malattie infettive e ancor più quella diretta alla profilassi vaccinale.

Tramite il lavoro di ogni giorno, ma anche attraverso i mass-media, apprendiamo dell'esistenza, seppure contenuta, del fenomeno di *rifiuto delle vaccinazioni*.

Certamente è un concetto che oggi può trovare spazio in quanto sono lontani i tempi in cui la popolazione occidentale veniva decimata dalle epidemie infettive e, mentre muoiono ogni anno centinaia di giovani sulle strade per guida spericolata, fa molto scalpore la cronaca di rarissimi casi di eventi avversi gravi, probabilmente legati alle vaccinazioni.

A proposito di epidemie, il problema emergente del "Bio-terrorismo", le cause di morbilità e mortalità nei paesi non industrializzati, la facilità dei flussi migratori e dei viaggi internazionali, potrebbero offrire interessanti spunti di riflessione anche in merito al concetto di rifiuto delle vaccinazioni.

Per la nostra esperienza diretta riteniamo che tale avversità sia dovuta per lo più ad una carenza di informazione sui vaccini, sia quantitativa che soprattutto qualitativa.

E' interessante notare come l'intervento educativo infermieristico può considerarsi finalizzato proprio all'**informazione**. Perché sia utile allo scopo, l'informazione deve essere: *vera, completa, chiara e comprensibile*, in altre parole realmente accessibile alla persona.

La più nota definizione di Educazione Sanitaria conferma quanto detto: "...è un processo di comunicazione interpersonale, **diretto a fornire le informazioni necessarie per un esame critico** dei problemi della salute ed a responsabilizzare gli individui ed i gruppi sociali nelle scelte che hanno effetti diretti ed indiretti sulla salute fisica e psichica dei singoli e della

collettività" (Prof. Alessandro Seppilli 1970).

L'analisi di queste poche parole offre validi suggerimenti operativi, si può comprendere:

-cosa fare: attuare un *processo* educativo;

-come fare: instaurando una *relazione interpersonale*;

-i mezzi: la *comunicazione*; (colloquio, questionari, ecc.)

-l'obiettivo: fornire *informazioni* atte a favorire un *esame critico*;

-il risultato atteso: consapevolezza della persona, *miglioramento del comportamento*;

-l'indice di valutazione: la presenza di *responsabilizzazione* dell'individuo e dei gruppi.

L'obiettivo così definito racchiude in se la nostra *riflessione etica* come pure la caratteristica peculiare dell'intervento infermieristico, e cioè **mirare sempre e comunque all'indipendenza dell'individuo**,



sia esso sano o malato (Virginia Henderson 1978). Infatti, se ci muoviamo al fine di favorire nel nostro interlocutore un *esame critico*, la relazione proposta, il tipo di comunicazione adottata ed i contenuti dell'informazione trasferita, saranno rispettosi delle norme deontologiche che sull'argomento recitano:

"L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'individuo di esprimere le proprie scelte...", "...garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere...si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche...".

Il nostro intervento così guidato non potrà che portare ad una valutazione positiva del risultato, anche in termini di qualità, in quanto potremo attenderci, oltre alla responsabilizzazione dell'individuo, anche la sua *soddisfazione* per la prestazione ricevuta.

Alla luce di tutto ciò non poteva che svanire quello scetticismo di cui si è accennato in principio, mentre si comprende come la realizzazione professionale di un infermiere non si raggiunga necessariamente al letto del malato. Per noi, come per le altre figure sanitarie che operano nel nostro stesso settore, il principio ispiratore dell'agire quotidiano è la *promozione della salute*, identificata dalla società come valore altissimo per ogni essere umano.

RUOLO DELL'INFERMIERE IN UN MODERNO AMBULATORIO VACCINALE: LA NOSTRA ESPERIENZA

La tipologia dell'utenza definisce le attività da compiere, indicheremo quindi i maggiori fruitori del nostro servizio:

- 1) Bambini, adolescenti per vaccinazioni obbligatorie e raccomandate.
- 2) Utenti di tutte le età a rischio infettivo (per patologia, età, lavoro, studio, condizioni di vita).
- 3) Viaggiatori internazionali.

4) Viaggiatori internazionali sintomatici al rientro da zone a rischio (diarrea, vomito, febbre, ecc).

Ad ogni gruppo di utenti corrisponde un approccio predeterminato da linee-guida, che in sostanza segnano il percorso che l'utente farà all'interno del nostro ambulatorio.

Queste procedure tengono conto dell'organizzazione interna del Centro e della legislazione vigente in materia⁽¹⁾; altre sono state stilate dal Primario e dall'equipe medica, sono per lo più usate dagli infermieri e dai medici stessi per le vaccinazioni facoltative (calendari vaccinali) e fanno riferimento ai risultati della sperimentazione medica ed alla letteratura scientifica internazionale.

Sia le une che le altre costituiscono dei veri e propri strumenti informativi multidisciplinari che facilitano la collaborazione fra tutte le figure professionali presenti nella struttura (medici, infermieri, personale amministrativo).

Nella gestione quotidiana dell'utenza è possibile distinguere due principali momenti nei quali può esprimersi l'assistenza infermieristica:

A- Accoglienza dell'utente

B- Somministrazione dei vaccini

La prestazione infermieristica nel campo specifico è caratterizzata da un intervento educativo-relazionale: *trasferire informazioni*, ed uno tecnico-relazionale-educativo: *somministrazione del vaccino*.

Il primo si realizza nella fase di accoglienza, il secondo nella fase di somministrazione.

Gli interventi infermieristici sono definiti sulla base degli obiettivi da raggiungere. L'infermiere identifica l'obiettivo attraverso la *diagnosi o problema infermieristico* che ha avuto origine dalla mancata o incompleta soddisfazione di un *bisogno dell'individuo*.

In rapporto alle malattie infettive in via generale si fa riferimento al BISOGNO DI SICUREZZA O DI EVITARE PERICOLI⁽²⁾. Nell'analisi che porta a valutare il grado di soddisfacimento di questo bisogno è importante ricordare che l'attività di un Centro Vaccinale ha sì una valenza verso la singola persona, ma guarda alla collettivi-

tà (coperture vaccinali). E' possibile pertanto individuare un problema potenziale o reale sia dell'individuo che della collettività che può essere così rappresentato:
PERICOLO POTENZIALE DI INFEZIONI DOVUTO AD ASSENZA DI VACCINAZIONI.
Le cause che hanno determinato il problema ("dovuto a..") aiutano ad identificare le competenze per la soluzione dello stesso.

Stabilire a monte i piani di vaccinazioni è una competenza medica, di fatto le strutture vaccinali lavorano su protocolli nazionali ed internazionali e l'infermiere che vi opera collabora al raggiungimento de l'obiettivo (coperture vaccinali) attraverso la corretta applicazione e la diffusione dei suddetti protocolli.

Il pericolo potenziale di infezioni può avere però anche altre cause quali:

-ASSENZA O CARENZA DI CONOSCENZE GENERALI SULLE MALATTIE INFETTIVE (distribuzione, modalità di contagio ecc.) E SUI VACCINI (componenti, effetti indesiderati e collaterali, ecc..) DA PARTE DEI GENITORI.

Questa ipotesi è supportata anche da recenti indagini condotte in Italia che evidenziano due principali elementi sui quali puntare l'informazione ai genitori:

- gravità e frequenza della malattia per cui si raccomanda la vaccinazione;

- sicurezza ed efficacia del vaccino offerto.

Sull' **INFORMAZIONE** l'infermiere di un centro vaccinale fonda buona parte della sua attività quotidiana in quanto da essa dipende in larga misura l'adesione dell'utente al piano vaccinale.

La risposta a questi problemi dell'individuo e della collettività è data da piani di assistenza multidisciplinari, attraverso cui i diversi operatori sanitari (infermieri e medici) e personale amministrativo, nel rispetto delle specifiche competenze, collaborano per la soluzione.

Per facilitare la comprensione pratica di quanto detto proponiamo un esempio di come può essere stilato un piano di assistenza applicato ai bambini sulla base delle teorie del processo di Nursing:

UTENTE: bambino "X" e/o collettività

BISOGNO: di sicurezza o di evitare pericoli

DIAGNOSI O PROBLEMA: pericolo poten-

ziale di infezioni

1) DOVUTO A: -assenza di vaccinazioni

EVIDENZIATO DA:

-età (nuovi nati)

-certificati vaccinazioni (assenti o incompleti)

-patologie (b.impiantato, dializzato, splenectomizzato, ecc..)

OBIETTIVO A MEDIO TERMINE: i nuovi nati nel territorio della RM E inizieranno il programma vaccinale fra il 61 ed il 90° giorno di vita.

DEFINIZIONE INTERVENTI:

-Medico responsabile del servizio vaccinale: predispone lettere di invito informative da inviare ai genitori, coordina tutta l'attività del Centro Vaccinale e ne informa i pediatri di base (e/o medici scolastici)

-Pediatra di base: informa i genitori e li invia al Centro Vaccinale

-Infermieri del centro vaccinale: applicano i calendari vaccinali attraverso informazione ai singoli genitori e somministrazione dei vaccini.

-Equipe medica del centro vaccinale: esegue consulenze infettivologiche e/ o pediatriche sui bambini a rischio per patologie/allergie concomitanti prima delle somministrazioni.

-Personale amministrativo: spedisce lettere informative e libretti vaccinali, aggiorna gli archivi computerizzati inserendo i dati di tutte le prestazioni sanitarie, gestisce appuntamenti e informazioni telefoniche generiche, stampa certificati vaccinali riepilogativi su richiesta dell'utente.

INDICATORI DI VERIFICA

(o comportamenti attesi): La percentuale dei bambini vaccinati della RM/E è coerente con l'obiettivo indicato dal piano sanitario regionale.

Continuiamo lo schema facendo riferimento alle altre cause suindicate:

2) DOVUTO A: carenza di conoscenze dei genitori

EVIDENZIATO DA:

-piano vaccinale assente o incompleto (verificato dalle certificazioni precedenti);

-atteggiamento indeciso e timoroso dimostrato dal genitore durante il colloquio pre-vaccinale;
-motivazioni scientificamente errate addotte dal genitore per le vaccinazioni mancanti o incomplete.

OBIETTIVO A BREVE TERMINE:

il genitore del bambino acquisirà informazioni specifiche che gli consentiranno una libera e cosciente adesione alla vaccinazione prima di accedere alla somministrazione.

OBIETTIVO A MEDIO E LUNGO TERMINE: il genitore del bambino manterrà la motivazione e l'adesione per tutta la durata del piano vaccinale.

INTERVENTI

-Infermiere del centro vaccinale:
-valuta l'attuale posizione vaccinale del b.
-favorisce il colloquio con il genitore
-ascolta con interesse le motivazioni del rifiuto del genitore
-in base alle ragioni esposte fornisce la spiegazione scientifica nella forma più accessibile all'interlocutore
-avalora la propria tesi attraverso materiale informativo che il genitore potrà visionare prima di accedere alla somministrazione e riverificare a casa.
(l'intervento ora esposto può essere applicato nella fase di accoglienza)

INDICATORI DI VERIFICA

(o comportamenti attesi):

-il genitore dimostra di comprendere quali vaccinazioni sono necessarie per il suo b. e perchè;
-dimostra autenticità nel comportamento e dell'espressione;
-è capace di dare consenso informato e richiede di accedere alla fase di somministrazione;
-mostra sicurezza nei colloqui successivi per le dosi di richiamo;
-si impegna per il completamento del piano vaccinale del b.

Quanto fin qui esposto serve a dimostrare che le attività, che di fatto eseguiamo ogni giorno, anche se ripetitive derivano da un'analisi scientifica che ne stabilisce le priorità. A questo punto risulterà più chiara la sequenza degli interventi relativi alle

due fasi che di seguito specifichiamo: durante la *fase di accoglienza dell'utente* l'infermiere:

A1) prende visione del libretto o delle certificazioni relative alla vaccinazioni precedenti;

A2) individua le vaccinazioni da praticare (anche tenendo conto di eventuali prescrizioni del pediatra e del medico di fiducia) e dà indicazioni per le dosi successive;

A3) fornisce informazioni specifiche sulle vaccinazioni da effettuare, avvalendosi della comunicazione verbale e dell'uso di materiale informativo cartaceo;

A4) consegna all'utente il modulo di consenso informato, quello per l'invio dello stesso alla registrazione delle prestazioni da effettuare presso il C.U.P. (Centro Unico di Prenotazione) ed i depliant informativi.

Nell'intervallo di tempo che passa fra la registrazione al C.U.P. e l'accesso alla seconda parte della prestazione, l'utente è invitato a prendere visione del materiale informativo; in questo modo avrà la possibilità di formulare domande mirate o esprimere meglio eventuali dubbi al personale sanitario, prima di essere sottoposto alla vaccinazione.

L'infermiere che si occupa della *fase di somministrazione dei vaccini*:

B1) procede ad un ulteriore controllo delle vaccinazioni precedenti, di quelle da effettuare e ritira il consenso scritto a vaccinare accordato dall'utente;

B2) effettua una *raccolta dati/anamnesi pre-vaccinale* scritta sulla base di domande che indagano sullo stato di salute dell'individuo e finalizzate all'atto vaccinale;

B3) se l'anamnesi lo richiede (p.es. casi di particolari allergie, patologie concomitanti o pregresse), l'infermiere si attiva per una consulenza del medico presente nella struttura e/o somministrazione da parte dello stesso;

B4) in caso di anamnesi negativa o comunque compatibile con la somministrazione da parte dell'infermiere, questi informa l'utente sul tipo di vaccino che si appresta ad inoculare, sui più comuni effetti indesiderati, sul loro eventuale trattamento e sulle dosi successive;

B5) somministra il/i vaccini, quindi invita l'utente a rimanere in osservazione nella

struttura;

B6) aggiorna il libretto o certificato vaccinale, per la trasparenza di tutte le operazioni riporta i lotti dei singoli preparati ed appone la firma per l'avvenuta somministrazione.

I protocolli operativi ora descritti vengono applicati dagli infermieri sugli utenti bambini, adolescenti, adulti a rischio e sui viaggiatori internazionali non assoggettati alle diverse profilassi farmacologiche che invece sottendono a visita medica infettivologica e a relativa prescrizione medica. Per gli utenti Viaggiatori Internazionali (punti 3 e 4), la fase di accoglienza è espletata da un medico in quanto si prevede che l'assistito debba essere inquadrato in un protocollo internazionale che prevede la visita specialistica infettivologica; l'infermiere può collaborare con il medico raccogliendo l'anamnesi pre-vaccinale, rilevando ed annotando i parametri vitali ove richiesto; potrà procedere alla somministrazione dei vaccini, se il medico lo richiede, dopo la visita infettivologica.

CONCLUSIONI

La nostra equipe infermieristica si impegna per un'adozione sistematica dei protocolli, nella convinzione che questo, oltre a favorire la crescita della cultura professionale e della scienza infermieristica, elevi il livello di gradimento della prestazione da parte del cittadino; è noto che l'univocità dei metodi e dei comportamenti rassicuri sull'appropriatezza e sulla qualità dell'atto.

L'utilizzo di tali mezzi, unito ad un impiego massiccio del personale infermieristico nell'ambito della prevenzione primaria, può rappresentare una risposta concreta in termini di *efficienza* al bisogno di salute, oggi inteso anche come *bene di tipo economico*. In altre parole, si può contribuire al risparmio sulla spesa sanitaria globale

anche con l'ottimizzazione delle risorse umane: impiegare più infermieri (ormai debitamente preparati: laurea, E.C.M.) nella prevenzione primaria, consente di destinare un maggior numero di medici al campo della patologia e soprattutto della ricerca dove, per le peculiarità e la sagacia dei suoi studiosi, l'Italia ha molto da offrire al mondo.

Siamo inoltre convinte che il lavoro così impostato favorisce un atteggiamento propositivo verso l'utente ed alimenta le nostre motivazioni.

Un ringraziamento particolare e doveroso va alle D.A.I. Rita Ester Monaco e Mariangela Roccu, docenti di Nursing presso il corso di laurea di primo livello in Infermiere Generale - Centro Studi San Giovanni di Dio - Seconda Facoltà di Medicina e Chirurgia Università "La



Sapienza" di Roma, il cui contributo è stato prezioso per la revisione ed approvazione di tutto il lavoro.

Ci auguriamo che il nostro impegno oltre a dimostrare la professionalità di cui siamo capaci, trovi riscontro soprattutto nelle aspettative dei cittadini.

AUTORI

*Inf.ra Maurizia D'Amore
in collaborazione con:*

*Inf.ra Cristina Mangiocavallo
e Inf.ra Rossana D'Antonio
A.S.L. ROMA E*

Struttura complessa di prevenzione diagnosi e cura delle malattie del viaggiatore, vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per l'infanzia ed adolescenza. Via Plinio, 31 00193 Roma.

NOTE:

(1) Alcuni dei più recenti riferimenti di legge in materia di vaccinazioni:

-D.M.S. 18/06/2002 "Modifica schedula di vaccinazione antipoliomielitica con impiego di vaccino antipolio tipo Salk anche alla 3^a e 4^a dose:3° mese, 5° mese, 11/12° mese, 3° anno"

-**D.M.S. 07/04/99** "Nuovo calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per l'età evolutiva" e **Circolare M.S. n.5 07/04/99**

-**C.M.S.07/06/77** Soppressione della vaccinazione anti-vaiolosa

-**D.M.19/04/84** "impiego del vaccino antipoliomielitico di tipo Salk"

-**Legge 165 25/05/91** sancisce l'obbligo della vaccinazione anti-epatite B ed introduce l'autocertificazione dell'avvenuta vaccinazione con indicazione del presidio del S.S.N che ha effettuato la vaccinazione.

-**Circolare M.S. n.19 30/11/2000** aggiorna il protocollo di esecuzione della vaccinazione anti-epatite B sui nuovi nati, adolescenti, adulti e puntualizza le dosi di richiamo come pure la valutazione della risposta immunitaria dopo la vaccinazione nel personale sanitario, negli emodializzati e negli immunocompromessi.

(2) BISOGNO DI SICUREZZA (nella teoria dei 35 bisogni rientra nei bisogni di sicurezza),
oppure EVITARE PERICOLI (nella teoria dei 14 bisogni è al 9° posto come priorità): "...è un'esperienza di libertà dal dolore, dal pericolo, dai rischi, dalle ferite o dagli infortuni, malattie che minacciano l'integrità della struttura corporea e coinvolgono l'ambiente circostante e la sua interpretazione da parte della persona".

bibliografia

H.YURA-M.B.WALSH "Il processo di nursing" Ed.Sorbona Milano 1992

M.A.MODOLO "Educazione sanitaria e promozione della salute" Rosini editrice Firenze 1995.

R.GRENIER J.DRAPEAU J DESAUTELS "Norme e criteri di qualità dell'assistenza infermieristica" Ed.Sorbona Milano 1992

E.ADAM "Essere infermiera" ed.Vita e Pensiero 1993

G. BARTOLOZZI - R.RAPPUOLI "I vaccini" Utet Torino 2001

M.PONTECORVO - M.PIAZZA "Vaccini e immunoglobuline" Ed.Minerva Medica Torino 2000

V. VECCHI - R.PERICOLI "Vademecum sulle vaccinazioni, elementi di conoscenza e di comunicazione" Ed.Momento Medico 1997

P.MOTTA "Protocolli infermieristici un inquadramento concettuale e metodologico" tratto da Nursing Oggi, n.4, 1998, pp.30-35

S.LEONE -BIBLIOTECA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE-"Etica" Ed.McGraw-Hill libri Italia Srl Torino 1993

G.ROCCO "La nuova professione"2002 pp.5-26 tratto da: - GUIDA ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI INFERMIERE-C.G.Ed.Medico Scientifiche Torino 2002

Gestione del drenaggio toracico

Marco Romani

IL DRENAGGIO TORACICO

Ha lo scopo di assicurare l'evacuazione di materiale che si accumula nella cavità pleurica in seguito ad un processo patologico, un trauma o dopo un intervento chirurgico, è un dispositivo atto a favorire la fuoriuscita di liquidi, secrezioni o gas da una cavità, per permettere o favorire la riespansione polmonare. L'Unità di Drenaggio Toracica (UDT) è costituita:

da un catetere di drenaggio toracico unito mediante un raccordo a un tubo collettore collegato ad un sistema di evacuazione, dotato di un meccanismo anti-reflusso e connesso il più delle volte ad una fonte di vuoto.

Dalla qualità del drenaggio toracico dipende in larga misura la riespansione polmonare.

La portata attraverso il sistema di drenaggio deve essere dunque sufficiente per permettere permanentemente l'evacuazione completa dell'aria e dei liquidi (sangue, linfa, pus, essudato, trasudato) riversate nella cavità pleurica.

Caratteristiche dei cateteri di drenaggio toracico

Devono essere sufficientemente morbidi per non ledere i tessuti vicini e sufficientemente rigidi per non piegarsi a gomito, in particolare all'uscita dal torace.

Sono in PVC o in silicone (questi sarebbero meglio tollerati e meno adatti a coagulare), generalmente trasparenti e multiper-

forati.

I cateteri di drenaggio comportano che due orifizi terminali, possono essere mobilitati in postoperatorio.

Dovranno obbligatoriamente essere muniti di un bordino radiopaco.

Esiste un largo ventaglio di misure, i più usati in particolare in traumatologia sono i cateteri da 16 french a 36 french.

Infine esistono drenaggi toracici a doppia corrente, permettendo un'irrigazione locale (antibiotici, fibrinolitici).

Materiale di raccordo

I tubi di raccordo devono essere trasparenti e con un calibro adatto a drenare i liquidi densi; Il tubo collettore raggiunge dal catetere di drenaggio le differenti unità di drenaggio;

deve essere rigido al punto di non piegarsi a gomito e sufficientemente morbido per poter essere tirato.

Il raccordo (tra catetere di drenaggio e tubo collettore) è zigrinato per assicurare il suo mantenimento in situ.

Calcolo della portata di reflusso

Avviene secondo la formula:

$$\text{Portata} = \frac{\Delta P}{R + P}$$

In cui:

ΔP = differenza di pressione tra torace e sorgente di vuoto

R = resistenza

P = densità del fluido da drenare

Sistemi di drenaggio toracico

L'UDT deve, non solo essere efficace, ma ugualmente irreversibile, cioè deve impedire qualsiasi entrata intempestiva dell'aria o di liquido nella pleura.

Il funzionamento deve essere in un solo senso, cioè a valvola; un drenaggio aperto, durante ogni ispirazione lascerebbe penetrare dell'aria nel torace con conseguente pneumotorace (pnx).

Numerose UDT sono disponibili, la più semplice e usata è quella detta "a boccale" o sistema di Bùleau, che può avere tre varianti:

- *UDT ad un boccale*

Il tubo di drenaggio toracico è unito ad un boccale sterile contenente liquido sterile di cui il tappo porta due tubature rigide.

La prima, corta, assicura la comunicazione con l'atmosfera; l'altra, lunga, raccordata al malato, è immersa per 2 cm nel liquido in fondo al boccale.

Questo boccale unico è chiamato camera di sigillo sotto acqua.

Funzionamento: all'espiazione quando la pressione della pleura è positiva, la pressione del tubo immerso diventa positiva e se la pressione all'interno di questo tubo è superiore all'altezza dell'immersione del tubo, l'aria o i liquidi penetrano nella bottiglia.

All'inspirazione, quando la pressione della pleura è negativa, il liquido risale nel tubo immerso senza che possa avervi il minimo rientro di aria nella pleura.

All'inspirazione, l'altezza della salita del liquido nel tubo indica la depressione inspiratoria endotoracica del momento, questa UDT può essere collegata a una aspirazione dolce, regolare tra i 20 e 40 cm d'acqua Fig.1.

- *UDT a due boccali*

Il sistema a due boccali ha anch'esso una camera a guardia idraulica, in più ha una bottiglia di raccolta del liquido; simile al precedente, ma quando il liquido pleurico drena, il sistema subacqueo di tenuta non è influenzato dal volume drenato.

Il drenaggio effettivo dipende dalla gravità o dall'aspirazione aggiunta al sistema; in quest'ultimo caso l'aspirazione viene

collegata al cannello di sfiato della bottiglia a tenuta subacquea, la quantità di aspirazione applicata al sistema è regolata dal misuratore a parete Fig.1.

- *UDT a tre boccali*

Il sistema a tre bottiglie è del tutto simile a quello due, con l'aggiunta di una terza bottiglia per controllare la quantità di aspirazione applicata; quest'ultima è determinata dalla profondità di immersione dell'estremità dello sfiato di vetro (es. un'immersione di 10 cm, equivarrà a 10cm di aspirazione idrica applicata al paziente) Fig.1.

Nel sistema a tre bottiglie come in quello a due, il drenaggio dipende dalla gravità e dalla quantità di aspirazione applicata; in questo sistema la quantità di aspirazione è controllata dalla bottiglia del manometro. Il motore dell'aspirazione meccanica o a parete crea e mantiene una pressione negativa in tutto il sistema di drenaggio chiuso.

La terza bottiglia regola la quantità di vuoto nel sistema ; ciò dipende dall'immersione del tubo, usualmente è di 20 cm. Quando all'interno il vuoto diventa maggiore della profondità di immersione del tubo, vi è un risucchio di aria esterna entro il sistema; ciò produce un costante gorgogliamento nella bottiglia del manometro (o regolatore di pressione) e indica che il sistema sta funzionando regolarmente.

Questo sistema a tre bottiglie è un montaggio "teorico" perché è ingombrante, non maneggevole, difficile da gestire Fig.2 ; i sistemi attualmente in commercio sono più sicuri in quanto sono autonomi, infrangibili e monouso, inoltre non hanno collegamenti (tranne il tubo toracico) che possono allentarsi Fig.3.

Con tali sistemi l'assistenza infermieristica diventa più facile con una risultante di maggiore qualità e per il paziente il recupero della mobilità è più rapido e più semplice, nonostante i vantaggi, il costo limita ancora la loro diffusione Fig.4.

INFERMIERISTICA CLINICA

L'infermiere ha il dovere morale, professionale e sociale di assistere il paziente su

basi razionali, attuando alcuni principi fondamentali:

Il paziente è una persona che soffre e necessita di molte attenzioni.

Il paziente non conosce ciò che gli stiamo facendo e per integrarsi con la struttura di cura deve ricevere informazione adeguata.

La sofferenza rende più difficile la comprensione dei messaggi, quindi occorre ripetere più volte le informazioni.

Il paziente vive il suo problema come se fosse l'unico ad averlo e quindi si rivolge all'infermiere per essere aiutato, ed è aiuto che deve ricevere.

Il paziente è ammalato: necessita di cure qualificate.

La modalità con cui l'infermiere si relaziona al paziente molto spesso rappresenta la discriminante di qualità di un'organizzazione sanitaria.

Metodi di valutazione del paziente

Permettono di valutare la risposta e quindi l'eventuale progresso del paziente all'erogazione delle prestazioni infermieristiche e della terapia da utilizzare in base a criteri standard; la valutazione del paziente con drenaggio toracico viene utilmente suddivisa in tre momenti:

1. *Valutazione di base.* Si effettua prima dell'inizio del trattamento prendendo in considerazione quelle variabili considerate fattori prognostici, che possono modificare la risposta del paziente al trattamento stesso. Nel nostro caso la valutazione iniziale prevede un accertamento accurato dei fattori prognostici come l'età, dati anamnestici (dispnea, dolori toracici, tosse) ed obiettivi (tachipnea, ottusità alla percussione, murmure vescicole diminuito, sfregamenti pleurici, soffio pleurico), radiografia toracica (segni radiologici di versamento come obliterazione del seno costofrenico, ombra con densità omogenea o opacizzazione di tutto l'emitorace), esame macro e microscopico del liquido della toracentesi.
2. *Criteri principali di risposta.* Si osserva la risposta al trattamento analizzando alcune delle variabili esposte sopra; alcune possono servire per valutare il paziente a breve termine (es. migliora-

mento dei dati anamnestici), mentre altre servono per valutare il paziente a lungo termine (es. miglioramento dei segni radiologici).

3. *Criteri complementari di risposta.* Consistono essenzialmente nella valutazione degli effetti collaterali in conseguenza del trattamento con drenaggio toracico: sono rilevabili o dall'esperienza clinica diretta sul paziente o dalla letteratura o in altri casi, pur inattesi, vengono registrati ugualmente durante il trattamento.

Gestione del drenaggio toracico

Gli obiettivi che l'infermiere deve raggiungere nella gestione di una UDT sono:

- ❖ Il mantenimento della sterilità
- ❖ Il mantenimento della pervietà
- ❖ La quantificazione del liquido drenato

Il mantenimento della sterilità necessita l'uso di materiale sterile monouso (guanti, telini, siringhe ecc.) ogni volta che si procede alla manipolazione della UDT.

La pulizia attorno al punto di inserzione del catetere va fatta utilizzando etere per rimuovere eventuale collante, e una garza imbevuta di soluzione disinfettante a base di iodopovidone al 10% iniziando dal punto più vicino al catetere ed allontanandosi all'esterno con movimenti circolari (3-5 volte); disinfettare la parte prossimale del catetere.

Al termine della procedura il catetere nel punto di uscita dal torace va protetto con una pomata a base di iodio e il posizionamento di garza sterile tagliata su un lato; coprire con cerotto TNT, ancorando il drenaggio alla cute senza angolature.

Se il tubo accidentalmente si stacca, tagliare le estremità contaminate sia del catetere toracico sia del tubo di aggancio, inserire un connettore sterile in entrambi i tubi e ricollegare al sistema di drenaggio.

Il mantenimento della pervietà viene garantito da un costante controllo della UDT in quanto i tubi collegati al drenaggio possono rimanere occlusi da coaguli. Questo controllo deve essere fatto tutte le ore per le prime 48 ore, cioè fino a quando non è sicura l'emostasi endotoracica.

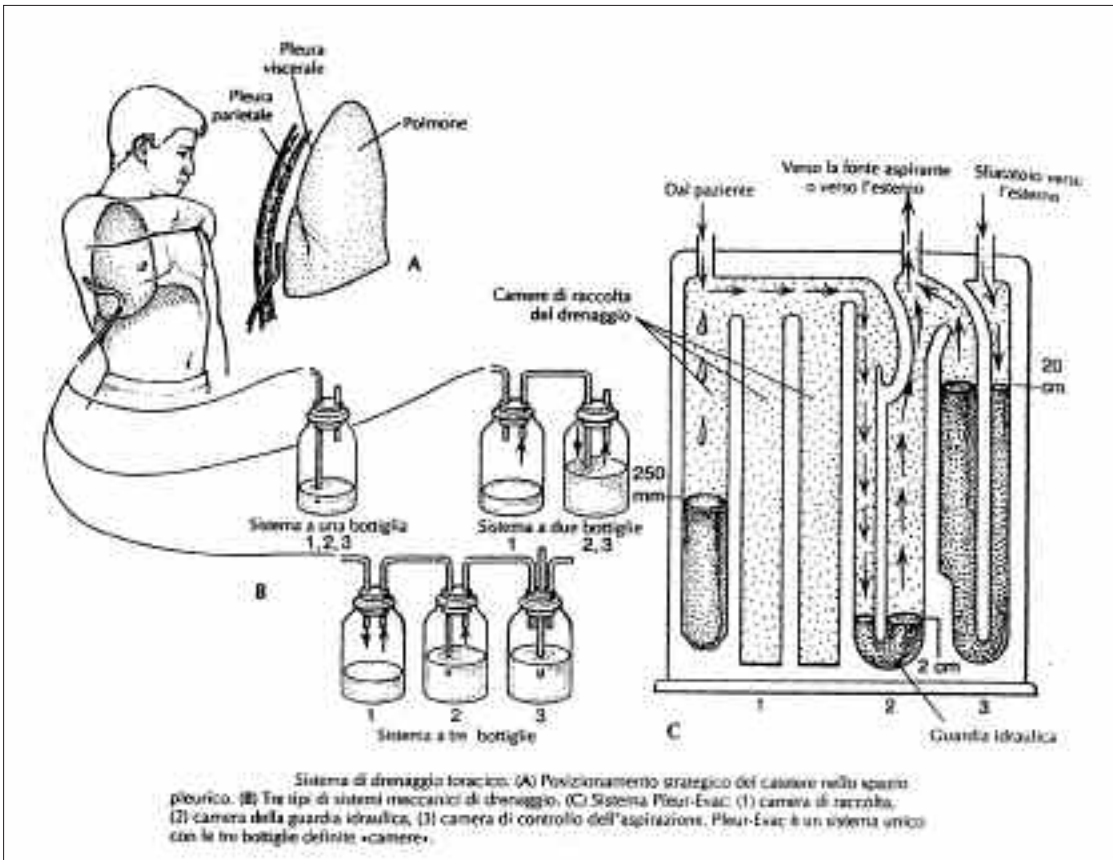


Figura 1: Sistema di drenaggio toracico



Fig.2 Sistema di drenaggio poliuso



Fig.3 Sistema di drenaggio monouso

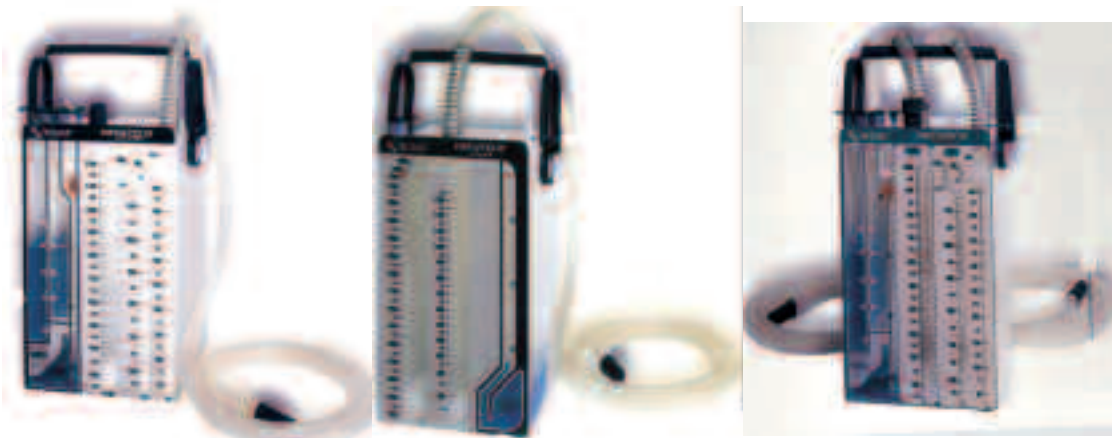


Fig.4 Sistema di drenaggio monouso a una, due e quattro camere

Sistemato il tubo toracico, bisogna assicurarsi regolarmente del suo buon funzionamento:

staccare l'eventuale aspirazione applicata e lasciare il tubo di drenaggio a caduta con l'estremità immersa per 2 cm nel liquido in fondo al boccale; controllare le oscillazioni nella colonna d'acqua nella camera sotto acqua, durante i movimenti respiratori.

Queste oscillazioni permettono di misurare le variazioni di pressione intrapleurale; testimoniano la buona permeabilità del tubo di drenaggio e del buon funzionamento della UDT.

Tuttavia c'è da rilevare che queste oscillazioni possono essere completamente nascoste quando il tubo collettore si è riempito di sangue, in particolare nel sistema a un boccale.

In questo caso, è necessario pinzare il tubo toracico svuotare bene il tubo collettore prima di ricercare le oscillazioni della colonna d'acqua.

Smuovere delicatamente il tubo in direzione della camera di drenaggio ogni 2 ore o quando necessario; ciò elimina il pericolo che esso si intasi per via di coaguli e fibrina.

Assicurarsi che vi sia fluttuazione (effetto marea) del livello del liquido nella camera a guardia idraulica, ciò indica un'effettiva comunicazione tra la cavità pleurica e boccale; è un valido indizio della pervietà del drenaggio, è un misuratore della pressione intrapleurica.

Le fluttuazioni nel tubo si interrompono quando:

- il polmone si è riespanso
- il tubo si è ostruito da coaguli, fibrina, oppure si è attorcigliato
- si crea un'ansa indipendente
- l'aspirazione esterna non funziona correttamente.

La quantità di liquido drenato è monitorata calcolando esattamente la differenza tra la quantità totale di liquido drenata e la quantità di liquido introdotta nell'UDT ad un boccale; a tal fine per non commettere errori è utile la monitoraggio del drenaggio giornalmente preferibilmente allo stesso orario.

All'esterno del dispositivo di drenaggio

segnare con adesivo il livello di partenza del liquido; segnare ogni ora gli incrementi del livello del drenaggio (informare il chirurgo se il liquido di drenaggio è di 150 ml/h o più). Nell'immediato post-operatorio comparirà, nella bottiglia, un drenaggio grossolanamente ematico, che gradualmente diventerà sieroso; di solito il drenaggio diminuisce progressivamente nel corso delle prime 24 ore.

Nelle prime 24-48 ore viene prescritto un controllo radiografico del torace 1-2 volte al giorno, il drenaggio è efficace quando la radiografia del torace è soddisfacente con un tubo di drenaggio permeabile e correttamente posizionato in sede intrapleurica, con progressiva diminuzione del versamento.

L'importanza della quantificazione del liquido drenato è evidente sia per stabilire se il paziente necessita della reintegrazione di liquidi (infusione, sangue, albumina ecc.) sia per valutare l'efficacia del drenaggio stesso.

La quantità di liquido drenato è inoltre uno dei parametri utilizzati per stabilire se il drenaggio può essere rimosso; un drenaggio correttamente posizionato, che non drena da almeno due giorni in paziente obiettivamente migliorato, può ragionevolmente essere rimosso.

Per queste ragioni, la quantità di liquido drenato calcolata esattamente va riportata giornalmente sulla diaria della cartella clinica.

Procedure infermieristiche

- ❖ Riempire la camera a guardia idraulica con acqua sterile fino a un livello equivalente a 2 cm H₂O, per garantire la tenuta del vuoto.
- ❖ Se viene utilizzata l'aspirazione, riempire la sua camera di controllo con acqua sterile fino al livello di 20 cm, per determinare il grado di aspirazione applicata.
- ❖ Collegare il catetere uscente dallo spazio pleurico, al tubo proveniente dalla camera di raccolta del sistema a guardia idraulica; fissare con cura.
- ❖ Se viene utilizzata l'aspirazione, collegare il tubo della sua camera di controllo al dispositivo aspirante; accendere il dispositivo e aumentare la pressio-

ne fino alla comparsa di un lento ma costante gorgogliamento nella camera di controllo dell'aspirazione.

- ❖ Assicurarsi che il tubo non sia attorcigliato (provocherebbe contropressione) e che non ostacoli i movimenti del paziente.
- ❖ Incoraggiare il paziente ad assumere una posizione confortevole e a mantenere un buon allineamento del corpo; quando egli è coricato sul fianco, assicurarsi che i tubi non siano compressi dal peso del suo corpo. Sollecitare il paziente a cambiare spesso posizione, per favorire la respirazione e migliorare gli scambi d'aria, se necessario somministrare un farmaco analgesico.
- ❖ Al braccio e alla spalla del lato leso far eseguire, più volte al giorno, gli esercizi di movimento completo, ciò contribuisce a prevenire l'anchilosi della spalla e a ridurre il malessere e il dolore postoperatorio.
- ❖ Tenere il paziente sotto controllo per rilevare eventuali perdite d'aria nell'UDT, indicate da un costante gorgogliamento nella camera a guardia idraulica; nel sostituire il boccale di drenaggio clampare il tubo collettore con due pinze Klemmer posizionate una in senso contrario all'altra.
- ❖ Notare e segnalare immediatamente segni di respirazione rapida e superficiale, cianosi, oppressione toracica, enfisema sottocutaneo, sintomi di emorragia, significativi cambiamenti nel colorito e nei parametri vitali.
- ❖ Incoraggiare il paziente a respirare profondamente e a tossire ad intervalli frequenti, ciò contribuisce ad elevare la pressione intrapleurica in modo che il polmone si espanda e non si verifichino atelettasie. Se opportuno richiedere la prescrizione di una pompa PCA (Patient Controlled Analgesia); istruire il paziente all'uso della spirometria incentiva.
- ❖ Istruire il paziente a tenere il drenaggio collocato sempre più basso rispetto al torace, per impedire il reflusso di liquido ed aria entro lo spazio pleurico; fissare al letto con una spilla di sicurezza il tubo collettore, lasciando

al malato, una certa possibilità di movimento.

Rimozione del drenaggio

La rimozione del drenaggio avviene dopo che il polmone si è riespanso (dopo un periodo che varia da 24 ore a parecchi giorni), deve essere eseguita con molta cautela, evitando la penetrazione di aria nel cavo pleurico, sia attraverso il drenaggio sia attraverso la breccia toracica, il drenaggio viene rimosso quando:

- non è più funzionale (niente oscillazioni)
- quando non c'è più indicazione (pus di breccia pleurico-parenchimale)
- versamento liquido minimo
- polmone a parete.

Nell'aiutare il chirurgo a rimuovere il catetere l'infermiere deve stringere il catetere e rimuoverlo rapidamente; durante questa azione, il paziente deve inspirare profondamente e trattenere il respiro (farlo esercitare in precedenza).

Chiudere subito il foro con una piccola medicazione sterile e simultaneamente renderla ermetica con una garza impregnata di petrolato, coprire e fissare con cura.

CONCLUSIONI

La funzionalità del drenaggio toracico non dipende solo dall'utilizzo di sistemi di drenaggio che rappresentano un apporto maggiore sul piano della sicurezza ma dall'applicazione dei protocolli e l'efficacia degli stessi.

Elaborare, seguire protocolli e procedure non basta: è necessario cercare una condivisione di valori all'interno dell'équipe, intesa non solo come conformità nell'attuare procedure assistenziali e norme comportamentali, ma come ricerca comune e continua.

AUTORE

*Inf. Marco Romani
Azienda Ospedaliera Universitaria
"Policlinico Tor Vergata",
Area Funzionale Aggregata Emergenze
Urgenze e Terapie Intensive*

<http://chirurgiatoracicaitalia.it> Accesso il 23 Ottobre, 2003.

<http://www.tycohealthcare.it> Accesso il 18 Settembre, 2003.

<http://www.redax.it> Accesso il 13 Ottobre, 2003.

Miller K. S., Samn S. A. Medicazioni cliniche, gestioni e complicazioni dei drenaggi toracici. 1987.

Parrot A. M., Andreassian B. Drenaggio toracico. 1991

Munnell E. R., Thomas E. K. Concetti correnti nei sistemi di drenaggio toracico. 1975.

Meeker M. H., Rothrock J. C. Assistenza e trattamento del paziente chirurgico. 2002.

Piat G., Borghese M., Chiesa I. Argomenti di chirurgia. 1992.

Spairani C., Lavalle T. Procedure protocolli e linee guida di assistenza infermieristica. 2001.

Materiale didattico Master I° liv. di Infermieristica Clinica nel Paziente Critico. Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" sede IDI. 2003.

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

L'Isterectomia

“L'Assistenza Infermieristica”

di Eleonora Bruno e Andrea Tranghese

L'isterectomia rappresenta un valido trattamento di patologie ginecologiche maligne e non. L'I è generalmente una procedura sicura (la mortalità per interventi riguardanti condizioni patologiche non cancerose è circa un caso ogni mille pazienti). La condotta terapeutica dipende dall'età della donna che presenta la patologia, dall'aver avuto o meno gravidanze, dalla presenza - assenza di sintomi.

In medicina quando si parla di corpo, di organo, non ci si riferisce solo ed esclusivamente ad un modello anatomico, basti pensare all'esperienza del dolore e del piacere, che lo rendono totalmente diverso da un silenzioso involucro.

Secondo una impostazione psicoanalitica il corpo è una superficie con dei buchi (Gasparrini, P. 1998), che rappresenta quindi un limite tra l'interno e l'esterno, un filtro.

Quando s'interviene sul corpo chirurgicamente si fa un passaggio dall'esterno verso l'interno, si sposta il limite. L'intervento d'asportazione dell'utero permette di agire su qualcosa d'invisibile. L'interno del nostro corpo anche se non visibile è immaginato, è abitato, l'intervento da esistenza all'invisibile.

Spesso l'immagine dell'utero è legata a quella della gravidanza; vi sono donne per le quali questo organo ha le dimensioni di un utero gravido a termine, altre per le quali il fibroma rappresenta lo spettro di un figlio mai nato, altre ancora

per le quali l'organo è il fantasma di un aborto volontario. L'associazione utero, gravidanza e figlio permette di comprendere la migliore accettazione dell'intervento da parte di donne che hanno partorito rispetto a donne che non lo hanno fatto, anche se tutte devono ristrutturare la propria immagine corporea, per le prime vi è un oggetto buono (figlio) da investire nel cambio simbolico della perdita dell'utero. Per le altre questo spostamento non è possibile ed i disturbi psicologici sono più gravi.

Molti sono gli studi dai quali si evince, che nel vissuto delle donne subire un intervento all'utero non è uguale che ad un altro organo. Simbolicamente la perdita dell'utero racchiude tre aspetti che seguono la biologia femminile: la funzione mestruale, riproduttiva, sessuale. L'isterectomia precipita le donne in un gioco di pieno e di vuoto, è così che si definisce la donna "vuota": non ha più nulla. Dall'identificazione con l'organo assente l'io si percepisce vuoto ed il vuoto si estende a tutto lo spazio.

Da ciò si evince la complessità in cui l'infermiere opera ogni giorno, di come debba essere complessa la sua formazione e come da sole conoscenze tecniche - cliniche risultino insufficienti. Ricordiamo che l'infermiere accoglie la donna nella sua interezza bio - psico - sociale, e che durante il suo quotidiano lavorativo deve essere sempre pronto a soddisfare quelli che sono i suoi bisogni,

ma il compito non si esaurisce solo per la durata della degenza; l'infermiere deve essere in grado d'inviare a casa la donna con piani educativi infermieristici affinché possa sentirsi supportata, aiutata nel suo disagio. Obiettivo della professione infermieristica è quello di aiutare la persona a recuperare il suo possibile stato di salute, la qualità di vita delle pazienti assistite.

L'esigenza di portare a termine tale studio nasce all'interno della nostra professione, ed in particolare dalla stringente e quotidiana necessità di soddisfare i bisogni delle nostre pazienti. Premesso che nulla si può fare per evitare il trattamento chirurgico, (variabile indipendente) quando la terapia medica si è dimostrata non risolutiva, e che necessariamente la situazione patologica della donna e la scelta terapeutica portino a privarla di un proprio organo, con conseguenze quali: l'anticipazione della menopausa, non poter avere figli, doversi sottoporre a terapia radiante o chemioterapia. L'unica variabile sulla quale si può agire è quella di dare vita ad una serie d'informazioni base per offrire alla donna un effettivo counselling infermieristico pre e post intervento chirurgico (valutazione completa del caso clinico con la paziente) e supporto psicologico. Counselling pre intervento chirurgico nel quale dare alla donna le informazioni necessarie affinché conosca la sua patologia, il tipo d'intervento chirurgico cui dovrà sottoporsi. Aiutarla ad accettare la perdita del proprio organo, le conseguenze che ne possono derivare, (menopausa precoce, infertilità). Counselling post intervento. Aiutare le pazienti a riconoscersi nel proprio corpo, superare il disagio percepito nella propria immagine corporea.

Il nostro studio è di tipo quantitativo, il nostro intento è raccogliere e descrivere le esperienze delle donne sottoposte ad isterectomia, per identificare il loro bisogno di cura e per dare vita a piani educativi, gruppi di lavoro per risolvere ove possibile il disagio della donna, ove questo si presenta difficile o impossibile, esserle vicino migliorando così la qualità dell'assistenza offerta.

La scelta dell'approccio quantitativo si basa sulla convinzione che gli esseri umani siano l'insieme di molti sistemi oggettivamente misurabili, uno per uno o congiuntamente.

Il Modello concettuale di riferimento che si è utilizzato è quello di D. Orem riferito alla cura del sé.

Abbiamo reclutato a campione la nostra intera popolazione. Il nostro campione è così rappresentato da 124 donne, ricoverate presso la nostra U.O.D dal mese di Gennaio 2001 a quello di Agosto 2001.

Età anagrafica compresa tra i 35 ed i 70 anni, titoli di studio dalla licenza elementare alla laurea, attività lavorativa diversa, varia nazionalità, con figli e non, stato civile diverso.

Quale strumento abbiamo utilizzato un questionario da noi elaborato, uguale per tutti, di facile lettura ed interpretazione. Il questionario è nato dopo attenta revisione bibliografica italiana ed estera sull'argomento, in modo particolare ci siamo rifatti al Nottingham Health Profile. Gli Items sono distinti in aree "dolore", "energia", "reazioni emotive", "isolamento sociale", "inabilità fisica", "sonno". Nell'elaborazione del questionario abbiamo anche consultato due strumenti predisposti per la costruzione di questionari:

1 - SESAMO - SEXUALITY EVOLUTION SCHEDULE ASSESSMENT MONITORING .

2 - BEM SEX ROLE INVENTORY.

Il questionario è stato consegnato alla donna il giorno successivo al suo ricovero, le è stato presentato lo studio e le è stata chiesta la disponibilità a partecipare allo studio.

ANALISI E DISCUSSIONE DEI DATI

Dall'analisi dei questionari emerge che: l'età della nostra popolazione risulta compresa tra i 24 - 70 anni, il campione risulta costituito per il 93,5% da italiane, lo 0,8% Croate, l'1,6% Ucraine, lo 0,8% Cinesi, l'1,6% Africane, l'1,6% polacche.

Per il 64,5% le donne del nostro campione risultano coniugate, presumibil-

mente quindi con vita affettiva e sessuale. Per ciò che concerne il grado di scolarità del nostro campione il 50,8% è in possesso del diploma di scuola media superiore. Il 45,2% risponde di essere lavoratrice dipendente, il 26,6% del campione non ha figli, il 15,3% ne ha uno. Per quanto concerne il tipo d'intervento il 52,4% ha eseguito l'intervento per via vaginale, il 42,7% in via addominale con (taglio), il 4,85 la via vaginale (senza taglio).

Rispetto al bisogno di conoscenza della propria patologia il 43,6% del campione risponde: di volerne sapere di più, la mancanza di conoscenze rispetto al proprio stato ed al proprio futuro può creare ansia nella donna ed avere ripercussioni sul proprio equilibrio bio – psico – sociale.

E' molto importante offrire alle donne

da noi assistite l'informazione di cui hanno bisogno, ma dobbiamo sempre chiederci chi abbiamo di fronte, quali possono essere le ripercussioni delle nostre informazioni su chi ci ascolta. Ancora importante è scindere il dualismo tra ciò che noi personale preposto all'assistenza pensiamo sia utile la donna conosca, e ciò di cui essa abbia voglia e bisogno di conoscere. L'infermiere se vuole offrire un'assistenza di qualità dovrà trattare il paziente come un soggetto e non come un puro mezzo di affermazione professionale.

L'infermiere traduce i messaggi dei sanitari in un linguaggio più accessibile e vicino al malato, sia dal punto di vista concettuale che emotivo. Fornendo le informazioni giuste contribuisce a colmare l'angoscia e a superare le barriere dell'isolamento ad alzare la soglia dell'ansia.

Tale compito non è dei più facili perché occorre operare una selezione tra le informazioni che è bene dare e quelle che non è opportuno dare.

Per il 77,4% delle donne l'intervento si estenderà anche alle ovaie; analizzando il dato con le caratteristiche del campione emerge che il 77,45% delle donne che si sottopongono ad isterectomia radicale hanno una età anagrafica compresa tra i 24 ed i 48 anni. Si tratta quindi di donne giovani, con una propria funzione ormonale, donne che non hanno ancora avuto figli, donne che pensano alla menopausa come ad una stagione della vita lontana e che avranno sicuramente delle difficoltà ad accettare che tale evento sia invece arrivato con tutte le conseguenze che ciò può comportare, la sterilità, le modificazioni dell'immagine corporea, le modificazioni nella vita di coppia, della libido.

L'82% del campione risponde di pensare alla propria patologia sempre, il 66,7% ri-



sponde spesso, il 4,7% risponde occasionalmente, nessuna persona identifica la propria risposta in poco o di rado.

Il 54,8% del campione risponde che la perdita dell'utero influenzerà moltissimo la sua qualità di vita, il 36,3% risponde molto, l'8,9% identifica la propria risposta in abbastanza, nessuna donna risponde molto poco o per nulla. Dall'analisi dei dati raccolti ed incrociando i dati tra di loro, vediamo che tale evento è particolarmente sentito da donne giovani (24 – 50 anni) che per motivi diversi non hanno ancora potuto scegliere la maternità. Ogni donna reagisce diversamente e le reazioni sono una combinazione delle risposte emotive e fisiche.

La menopausa chirurgica spaventa moltissimo il 28,6% del campione, mentre il 66,7% risponde molto. Anche tale dato deve essere letto alla luce dell'età delle pazienti e del fatto che abbiano o meno dei figli. Il 53,2% riconosce di comportarsi in maniera sgradevole con i propri familiari, di avere perso interesse per la propria attività lavorativa, di avere ripercussioni negative sulla propria qualità di vita, hobbies, tempo libero.

L'utero nell'immaginario femminile non è solo un viscere pelvico ma una culla materna, una stigmata invisibile che rende donne a tutti gli effetti e della cui amputazione si soffre in modo diverso che per una colecisti od un altro organo.

Il 75,8% del campione risponde che per il fatto di sapere di essere vuota dentro di se ha perso l'interesse per la cura esterna del proprio corpo, di non avere più piacere ad indossare il costume da bagno.

Il disagio della patologia è vissuto dall'intera popolazione reclutata (80% risponde di aver modificato le proprie abitudini sessuali dopo l'intervento chirurgico). A questo punto il primo passo da compiere è quello di aiutare la donna a riconoscere ciò che pensa e prova. Un ascolto attento da parte dell'infermiere permette di cogliere le percezioni adeguate a quelle inadeguate. Occorre dare informazioni precise e

concrete quando è il caso correggere idee errate, ridurre così il timore che si possa perdere l'interesse sessuale (il 76% del campione risponde di sentirsi imbarazzata sapendo che l'interno del proprio corpo si è modificato con l'intervento chirurgico). L'isterectomia addominale è un intervento importante, che può avere profonde implicazioni emotive (l'85% del campione risponde di sentirsi meno attraente).

Manifestazioni fisiche di affetto garantiscono alla paziente che il partner continui a provare per lei un interesse sessuale. Il reciproco ed affettuoso sostegno è un fattore che favorisce l'adattamento della coppia alle modificazioni sessuali.

Dallo studio è emerso che il vissuto della malattia non riesce ad abbandonare mai la donna neanche durante il riposo (il 60,5% riferisce di dormire male di notte). La malattia acquista nella vita della donna un posto di privilegio (93% del campione riferisce di preoccuparsi molto per la propria salute). Sicuramente le più colpite sono le donne che apprendono di essere affette da una patologia critica, seria (cancro) con intervento esteso anche agli annessi.

CONCLUSIONI

Le conclusioni della ricerca confermano l'intuizione iniziale, ossia che la gestione di un intervento demolitore sull'apparato genitale femminile comporta un impatto psicologico più importante di quanto sia apprezzato di norma. Sicuramente un modello assistenziale che accolga la donna nella sua interezza bio – psico – sociale (olismo) attraverso una integrazione clinica – psicologica può predisporre la persona ad un felice superamento dell'evento chirurgico oltre che a ridurre le resistenze emotive e migliorare il vissuto di ricovero, al prevenire disturbi psicosomatici ginecologici, relativi al tipo d'intervento. Quindi tenere conto del fatto che oltre all'organo ammalato vi è la persona. L'Utero nell'immaginario fem-

minile, non è solo un viscere pelvico, ma una culla materna, una stigmata invisibile che rende donne a tutti gli effetti e che della cui amputazione si soffre in modo diverso che per altri organi. L'utero anche se invisibile è un'idea, il tramite di un orologio biologico a ritmo circadiano che scandisce i momenti importanti della vita di una donna. Si diventa tali con la prima mestruazione, ci si arrende alla terza età con l'ultima, e ogni mese puntualmente giunge un segnale di fertilità. L'isterectomia migliora la qualità della vita della donna quando questa è fortemente penalizzata dal dolore che può essere considerato un segnale d'allarme che ci avverte quando qualcosa di biologicamente negativo sta accadendo nel nostro organismo, dalla perdita di sangue, questo viene da noi consi-

derato la vita, il suo colore e per noi il simbolo del cuore dell'amore ma ruotano intorno ad esso anche altri significati, altre simbologie la morte, il sacrificio. Le perdite di sangue sono una condizione difficile da sopportare anche al di fuori della camera da letto.

L'approccio assistenziale oggi da noi utilizzato è quello di personalizzare l'assistenza per ogni singola paziente, attraverso l'ausilio del Nursing, la valutazione del caso clinico. Abbiamo strutturato momenti educativi con incontri "counselling pre - intervento chirurgico" per aiutare la donna ad avere una percezione giusta della propria immagine corporea, a non pensare che le proprie abitudini debbano per forza subire modificazioni. Offrire alle donne un valido supporto post - operatorio (counselling post - intervento chirurgico) offrendo alle donne la possibilità d'incontro con lo staff preposto all'assistenza nei controlli ambulatoriali post - intervento ogni volta ne abbia bisogno. Privilegiando l'informazione, ossia ciò che la donna ha bisogno di sapere partendo dalle sue richieste e non ciò che noi pensiamo sia giusto sappia.

E' nostro intento alla luce dei risultati emersi con lo studio di dare vita ad un piccolo opuscolo informativo da offrire alla donna al momento del ricovero in ospedale dopo la fase di accoglienza nel reparto.

AUTORE

*DAI Eleonora Bruno
Azienda Ospedaliera S. Giovanni
Addolorata - Calvary Hospital
Medical Corner*

*DAI Andrea Traghese
Azienda Ospedaliera S. Giovanni
Addolorata - Calvary Hospital
Medical Corner*



- ANDERSEN B. "Sexual morbidity among cancer survivors" 1984.
- ANN MARRINER "I teorici dell'infermieristica e le loro teorie" 1986, edizione Italiana a cura di Paoletti P., Zanotti R., Padova.
- BENEDETTI PANICI P. L., MANESCHI F., CUTILLI G., D'ANDREA G., AMOROSO M., altri. "la terapia conservativa del carcinoma della cervice uterina". 1999, Volume 3, numero 2.
- BENAGIANO G., COSMI E. V., DI RIENZO G. C., "L'evoluzione del significato del rapporto sessuale nell'uomo" 2001. Ginecorama, Anno XXIII - N. 8/9.
- BRONDINO G., MAINARDI P., 1980. "Il dolore: recenti definizioni, teorie e strategie di controllo", Giornale Italiano di analisi e modificazione del comportamento, anno II, n. 1, 55 - 67.
- CASADEI D., FABBRI M., "Isterectomia: protocollo di preparazione e di controllo del follow up psicologico all'intervento" 1993, SIPSOT. Atti XIV Congresso Nazionale S.I.M.P.
- CARENZA L., NOBILI F., GIACOBINI S., "Voiding disorders after radical hysterectomy 1982. Gynecol Oncol, Volume 13, 213 - 219.
- DI CHIARA G., "Quali norme incosce per il corpo?", in Preta L. (a cura di), NUOVE GEOMETRIE DELLA MENTE, 1999, La terza, Milano, pp. 110 - 116.
- DAVIS CS, ZINKAND JE, FITCH MI. "Cancer treatment - induced menopause: meaning for breast and gynecological cancer survivors". 2000 Can Oncol Nurs Winter;10 n. 1, 14 - 21.
- DI PIETRO M., KENDALL P.C., "Un intervento cognitivo comportamentale per i disturbi dell'ansia in età evolutiva". 1995, Volume 1, numero 1, 27 - 38.
- FARRELL SA, KIESER K, "Sexuality after Hysterectomy" 2000, Obstet Gynecol Jun; 95 (6 Pt 2): 1045 - 51.
- GERI LO BIONDO, WOOD JUDITH HABER, "Metodologia della ricerca Infermieristica", 1997. Edizione Italiana a cura di Sasoni J.
- GROSSARTH - MATICEK "Psychological factors as strong predictors of morbidity from cancer ischaemic leath disease and stroke: the lugoslave prospettive study" Journal of psychosomate reasearch vol. 2 - 9.
- GOLDWURM G. F. e ORRU P. "Approccio cognitivo comportamentale al dolore". Terapia del comportamento 1984; n.4: 5 - 20.
- GOLDWURM G. F "Apprendere la felicità per migliorare la qualità della vita: una questione aperta" 1995, Volume 1, Numero 3, 35 - 47.
- GRAZIOTTIN M. P., "Sexual function in women gynecologic cancer. A review" , ITALIAN Journal of Gynaecology & OBSTETRICS, 2001, Volume 13, Numero 2, 61- 68.
- HELSTROM L, SORBOM D, BACKSTROM T. " Influence of partner relationship on sexuality after subtotal hysterectomy". 1995, Acta Obstet Gynecol Scand Feb; 74 (2): 142 - 6.
- LE CORNU J. "The need for counselling of women who undergo hysterectomy: a feminist perspective" 1999, Contemp Nurse Jun; 8 (2): 46 - 52.
- LAMB DEN MP, BELLAMY G, OGBURN - RUSSELL L, PREECE CK. "Women's sense of well - begin before and after hysterectomy. 1997, Journal Obstet Gynecol neonatal Nurs, Sep - Oc; 26 (5): 540 - 8.
- MAGLI I. " la donna un problema aperto". Vallecchi 1974.
- ELZACK R. , "L'enigma del dolore", 1976. Zanichelli ed.
- MAJANU G., CALLEGARI S." La valutazione della qualità di vita in ambito riabilitativo: riflessioni teoriche ed aspetti applicativi". Psicoterapia cognitiva e comportamentale 1995, Volume 1, numero 3, 13 - 23.
- MERLEU - PONTY . , "Phenomenologie de la perception, 1945, Librairie Gallimard, Paris (trad. it. Bonomi A., La fenomenologie della percezione, 1965, il Saggiatore, Milano).
- NANCY M. HOLLOWAY, "Piani di assistenza in Medicina e Chirurgia." 1993 , Edizione Sorbona Milano.
- OFFMAN H.J., BRADLEY S. "Body image of children and adolescent and its measurements: an overview Canadian Journal of psychiatry, 1992, 37, 417 - 422.
- PILONI S. "Il bisturi fa il piacere. Dopo l'asportazione dell'utero migliora l'attività sessuale", 2000, Tempo Medico, n. 659.
- SCOTT B., et al. "Acost - effectiveness evaluation of preoperative type - and - screen testing for vaginal hysterectomy". Am J Ostet Gynecol, 1996, ; n. 5, 121 - 1203.
- SCHONEFUSS G., HAWIGHORST - KNAPSTEIN S. TRAUTMANN K, KONIG Y, KNAPSTEIN PG. " Body image in gynaecologic patients before and after radical surgery". 2001, Zentralbl Gynakol Jan; 123 n. 1: 23 - 26.
- SABATINI A. G. "Medicina e Morale" 1990 USES Edizione Scientifiche Firenze
- SCHILDER P., " The image and appearance of the human body". 1935, Paul Kegan London U.K.
- VAN DEN EEDEN S., et al. "Quality of life, health care utilization, and costs among women undergoing hysterectomy in a managed - care setting". 1998, Am J Obstet/Gynecol, volume 178, number 1, Part 1, 91 - 100.



linea
diretta
con il
presidente

Caro Presidente, vorrei sottoporle il seguente annuncio apparso su "Porta Portese" nel marzo scorso: "Infermieri rumeni o moldavi con o senza diploma cercansi per contratto regolare in clinica di Roma. Tariffe come da collegio". O anche quest'altro: "Società assume infermieri qualificati professionali con titoli di studio ed iscrizione Ipasvi per importante ospedale pubblico romano. Contratto full time Ccnl a tempo determinato per 12 mesi con proroga. No dopolavoristi".

Nel primo annuncio c'è quel "con o senza diploma" sconcertante. Com'è possibile che sia lecito denigrare così tanto la nostra professione e allo stesso tempo sperare di crescere? Nel secondo caso, ci si deve rivolgere a una società privata per entrare in un "importante ospedale pubblico romano" ed ottenere uno straccio di contratto a termine.

Il dato di fatto triste è che, nonostante le belle parole che leggiamo sulle riviste dell'Ipasvi e nonostante l'università, gli infermieri oggi non stanno crescendo in nessuna direzione, anzi a me sembra di tornare indietro e ciò lo riscontro confrontandomi quotidianamente con i colleghi e con l'utenza.

Spero che il Collegio inizi in maniera decisa un'azione di tutela dell'immagine infermieristica; è lecito cercare "infermieri con o senza diploma"?

Certamente no, cara collega. La ricerca di personale infermieristico da assumere "con o senza diploma" non ha alcunché di lecito e anzi appartiene alla fantasia. Fatto salvo il concetto, la invito però a riflettere. Ha pienamente ragione nel denunciare una simile castroneria, tanto più se pubblicata su un organo di annunci ampiamente diffuso come quello citato. Tuttavia, nessuno può essere assunto nel ruolo di infermiere se non in possesso dei titoli di studio e professionali imposti dalla legge. Quanto ai colleghi stranieri, il principio è lo stesso: possono essere assunti come infermieri solo se in possesso di titoli legalmente riconosciuti nel nostro Paese.

Ne deriva, cara collega, che chi risponde a quell'annuncio non ha alcuna fare un balzo in avanti straordinario, come forse nessun'altra professione ha saputo fare. Gli infermieri non si arrendono e insistono, affermando se stessi, la loro nuova professionalità sul posto di lavoro, ogni giorno, imperterriti. possibilità di lavorare come infermiere e, con ogni probabilità, si imbatte in un'attività ben diversa e molto lontana dal titolo di infermiere contenuto nell'annuncio, titolo evidentemente utilizzato come "specchietto per le allodole". Sarà nostra cura in ogni caso, effettuare accertamenti e verifiche e non avremo remore a denunciare eventuali abusi.

Il secondo caso si commenta da sé. E' la conseguenza diretta e più vistosa di un generale e inesorabile processo di privatizzazione dei servizi, anche in campo sanitario; il segno dei tempi che viviamo, una sfera

Lettera firmata

che attiene più al livello politico che a quello della professione. Tuttavia, è un campo in cui gli la categoria intende dire la sua e affermare le proprie ragioni. Potrà farlo con uno strumento in più ora che la Regione Lazio ha istituito la Conferenza Regione-Ordini e Collegi professionali per la programmazione della politica sanitaria. Detto questo, la invito a non dimenticare chi erano gli infermieri solo dieci anni fa e chi sono oggi; a non farsi scoraggiare da pubblicazioni mendaci, dalle

battute offensive che ancora troppo spesso i media e certe immagini della categoria ci regalano. Il fatto che vi sia chi ci denigra non è una novità. E non ci ha impedito di

Quanto alla tutela dell'immagine della professione, questa è il perno centrale attorno al quale ruota tutta l'attività del Collegio; non va perciò "iniziata" ma coltivata e implementata continuamente. Anche con il suo personale contributo.

E' NATA A ROMA LA FEDERAZIONE EUROPEA DEGLI INFERMIERI



La nostra casa in Europa

Ha sede a Bruxelles. E' la fucina dell'infermiere di domani. Italia in primo piano

Poche professioni sono internazionali come la nostra. Poche come la nostra hanno una vocazione europeista. E con l'avvento del 2004 si è realizzato un nuovo sogno per gli infermieri italiani: è nata la Federazione europea degli infermieri.

Un infermiere senza confini ha bisogno di una casa madre europea, un riferimento per l'esercizio dell'attività nei Paesi dell'Unione, un luogo di contatto e scambio di esperienze, una fucina per la professione infermieristica di domani.

E' stata una vittoria imputabile soprattutto alla Federazione Ispasvi italiana che ha creduto da subito nel progetto e si è adoperata al massimo per concretizzarlo, fino a divenire il punto di riferimento per le altre organizzazioni professionali europee.

La Federazione europea degli infermieri è nata ufficialmente il 5 marzo scorso a Roma, con l'atto notarile di costituzione. Coinvolge tutti i Paesi dell'Ue con un ordine professionale infermieristico di natura pubblica. Vi hanno aderito subito Gran Bretagna, Irlanda, Spagna oltre all'Italia e il Portogallo è in procinto di aderire. Ha sede a Bruxelles e ha l'obiettivo di favorire l'integrazione tra le politiche professionali dei diversi Paesi membri. Con il decollo della Federazione europea si potranno meglio governare i complessi processi innescati dalla libera circolazione dei professionisti in ambito Ue, specie in una fase delicata come quella dell'ingresso nell'Unione di 15 nuovi Paesi. Comporterà indubbi vantaggi per tutti. E fornirà una prospettiva diversa alla professione infermieristica, più al passo con i tempi.

Costituirà certamente uno stimolo importante per molti "nuovi colleghi europei" verso l'acquisizione dei requisiti professionali e degli standard propri dei Paesi a sanità più avanzata.

Il futuro della professione è iniziato. E il Collegio di Roma è fiero di aver contribuito fattivamente a porne le basi. Oggi anche gli infermieri di Roma si sentono più europei.



Lo "starter kit" del ricercatore (parte prima)

In un mondo in cui l'informazione, l'innovazione tecnologica e scientifica corre alla velocità della luce, è logico pensare anche che le nostre conoscenze professionali debbano essere costantemente riviste, rivisitate, se non addirittura rinnovate nei contenuti e nelle concezioni più intime...

La ricerca come progressione della scienza e, di contro, come innalzamento degli standard qualitativi di assistenza alla persona, è essenziale anche alle Aziende Sanitarie ove trovano anche una certa economicità nell'esercizio e nella fruizione dei servizi.

Ma la ricerca e l'aggiornamento professionale, oggi, non possono prescindere dall'utilizzo di tecnologie avanzate, nella fattispecie dall'uso di "elaboratori elettronici" (personal computer) oramai essenziali per l'immissione, la gestione e l'elaborazione dei dati, e dalla rete internet ed intranet per la condivisione dei dati ed il confronto con altre realtà o istituti di ricerca.

Al momento di cominciare una *ricerca* abbiamo di fronte tante opportunità, una tra tante proprio *internet*.

E' oramai luogo comune pensare che "su internet c'è tutto", ma quando si parla di infermieristica la delusione può essere forte... vediamo come ridurre questa delusione con qualche piccolo trucco.

Uno dei mezzi a disposizione di ogni utente web è il poter utilizzare un "motore di ricerca", ovvero un sito web specializzato, per così dire, in ricerche su internet; scopriamo assieme come cercare e filtrare un risultato atteso.

Innanzitutto un piccolo elenco di "motori di ricerca":

www.google.it - www.altavista.it -
www.virgilio.it - www.motoridiricerca.it

Oramai in vetta a tutte le statistiche di popolarità, **google** rappresenta oggi lo strumento più potente e semplice per poter cercare ed ordinare i risultati delle ricerche su web, ma ciò non significa che sia perfetto.

Uno dei "trucchi" per effettuare ricerche mirate, in tutti i motori di ricerca, è quello di utilizzare nelle chiavi di ricerca gli "operatori booleani", ovvero i termini AND, OR, NOT (in google, l'operatore AND è sottinteso).

Un esempio: digitiamo nel box dove inseriamo la nostra parola chiave, la frase "infermieri OR infermiere NOT cardiologia NOT neurologia" e vedremo come vengono aggiunte o tolti i termini della ricerca quando andremo a verificare i risultati della stessa.

Google fa caso a parte, in quanto cerca di semplificare le operazioni di aggiunta ed esclusioni dei termini con l'utilizzo dei simboli matematici "+" e "-"

Per maggiori informazioni su come restringere il campo di ricerca dei risultati su google, consultiamo questa pagina:

www.google.it/intl/it/help/refine-search.html

Una lettura disincantata su google, e fuori dalle righe, la possiamo leggere qui:

www.apogeonline.com/webzine/2004/04/22/01/200404220101

A cura di Fabrizio Tallarita
Webmaster del Collegio IPASVI di Roma
webmaster@ipasvi.roma.it

“Verba volant, scripta manent” dicevano i latini. Niente di più vero. Non

però quando si tratta di mass media, in cui la parola “parlata” può incidere più in profondità di quella “scritta”. Vero è che quanto scritto su un quotidiano, una rivista o anche su un manifesto pubblicitario resta in balia dei lettori nel tempo, reiterando quindi il suo effetto per un lungo periodo. Altrettanto vero è che quanto pronunciato in radio o in televisione dura il tempo fuggente di una frase, di un’immagine. Ma ciò non significa che produca effetti meno disastrosi, specie quando si tratta di trasmissioni popolari che raggiungono un pubblico assai vasto, ben più ampio e variegato rispetto a quello di un grande quotidiano a diffusione nazionale.

Infatti, i messaggi concettuali trasmessi via etere colpiscono nel mucchio, in modo indifferenziato, saltando a pie’ pari ogni possibile selezione dell’uditorio, ignorando l’età, le conoscenze, le basi culturali, la capacità critica e il grado di maturità di chi ascolta. Così certe battute, ancorché intese come tali da una parte dell’audience sulla quale non lasciano traccia, fanno breccia negativamente su un vasto pubblico più sprovveduto, meno dotato di strumenti critici per filtrare il messaggio che passa attraverso un’antenna tv.

E’ l’abc dei media, tra cui primeggia la televisione, che dunque non dovrebbe mai sfuggire a chi la tv la fa, a chi esercita il potere enorme del “grande fratello” del nostro tempo. Eppure non è così. E gli infermieri se ne rammaricano, loro malgrado, spesso.

Due casi su tutti segnalati da nostri solerti colleghi. Entrambi verificatisi in trasmis-

sioni di grande successo, con l’aggravante che a metterle in onda ci ha pensato il servizio radiotelevisivo pubblico: la Rai. Entrambi ad opera dei conduttori che, almeno sotto questo profilo, sprovveduti non dovrebbero essere.

Il popolare showman Teo Mammuccari, in una delle sue trasmissioni su Rai2, colpisce duramente e gratuitamente la dignità professionale degli infermieri. Rivela infatti il suo profondo disappunto per “essere sempre stato convinto con orgoglio che mia sorella svolgesse la professione di medico, salvo poi scoprirla, durante

una visita in ospedale, con un pappagallo in mano pieno di pipì” e perciò di essersi “vergognato che svolgesse invece la professione di infermiera”. Una battuta? Certo, forse. Ma che non suscita ilarità, non è intelligente e anzi mortifica la dignità e il decoro di una professione che maneggia il pappagallo

ogni giorno per assistere chi ha bisogno, per rispondere alle necessità della persona, anche a quella di urinare. Che cosa c’è di comico? Che cosa di intelligente, di sferzante, di ironico?

L’unica cosa certa è la reazione risentita di tanti colleghi. Tra questi Graziano Lebiu, collega noto per la sua attività in campo sindacale, che ha subito attivato un’iniziativa interessante: girando una e-mail a molti colleghi, ha pregato loro di far pervenire a Mammuccari, al direttore di Rai2 e al presidente della Rai una protesta scritta per l’offesa ricevuta dalla professione infermieristica. Ha scritto nella sua: “Le auguro (Mammuccari) di non doversi imbattere in una di quelle infermiere delle quali, di fatto, si vergogna per la professione e per i singoli atti che compiono. Ad



una infermiera potrebbe capitare di non guardare il suo programma, a lei di doversi far cateterizzare forse. Aspettiamo". Ben fatto.

Bene hanno fatto anche i colleghi che ci hanno segnalato la clamorosa caduta di gusto e di educazione in cui è incappata la conduttrice della Rai Paola Perego durante una puntata della trasmissione "Al posto tuo". Il tema era lontano anni luce dalla nostra professione: la carriera che una donna può fare nel modo della moda anche grazie ad alcuni compromessi di tipo sentimentale o sessuale. Eppure la Perego è riuscita ad infilare nel discorso gli infermieri con una frase che si commenta da sé: "Beh, anche le infermiere che lavorano in ospedale per fare carriera...". A nessuno è sfuggita l'allusione.

E a nessuno sfuggirà l'idiozia di una tale affermazione. Un'offesa tanto pesante, data in pasto a qualche milione di telespettatori, non poteva lasciarci indifferenti. Come per tutti gli altri casi, il Collegio è intervenuto duramente, ravvisando una dichiarazione pubblica diffamatoria per la categoria. Quel che ci sentiamo di suggerire a Paola Perego è di parlare a nome delle conduttrici tv e di lasciar stare gli infermieri, questa sì gente che lavora.

Non solo piccolo schermo, però. Che dire infatti di quanto pubblicato nel febbraio scorso da alcuni quotidiani romani sullo sciopero di sedicenti "infermieri porta-pasti"? Testate giornalistiche di grande diffusione come "Il Messaggero", "La Repubblica" e "Leggo", probabilmente ingannati

da una velina di agenzia "bufala", hanno titolato con risalto sullo sciopero degli "infermieri porta-pasto", una categoria finora sconosciuta agli infermieri. Frutto di una inaccettabile confusione tra infermieri e ausiliari, testimonianza di un'approssimazione e di una superficialità che fanno paura se riferite a grandi organi di informazione, prova inconfutabile della mancata verifica di quanto si propina in pasto ai lettori. Anche qui la reazione del Collegio è stata dura e immediata.

Non c'è che dire: gli attacchi alla professione infermieristica da parte dei media sono sempre numerosi e vili. A volte inconsapevoli, in ogni caso deleteri. Per fortuna ci ha pensato il ministro della Salute Girolamo Sirchia a risollevarlo il morale della categoria, riaffermando il ruolo prezioso ed esemplare delle suore in corsia, una figura, questa, sempre più rara e tuttavia familiare per tutti gli infermieri di una certa età.

In una dichiarazione all'agenzia Ansa, ripresa dai maggiori organi di informazione nazionali, Sirchia ha affermato: "Quando c'erano le suore in ospedale era molto meglio, assolutamente. Il servizio prestato dalle suore era fondamentale soprattutto per la loro dedizione al reparto e per la continuità di presenza, che diventava un punto di riferimento costante, oltre a garantire risparmi significativi".

Altri tempi, forse. Comunque, per la gratitudine che la professione infermieristica deve alle suore ospedaliere, ci uniamo volentieri all'amarcord del ministro.

COMUNICARE LA PROFESSIONE **FACCIAMOCI VEDERE**

Cinque temi, cinque immagini: assicurazione, territorio, Ipasvi, laurea, dirigenza. Sono questi gli argomenti intorno ai quali si sviluppa la campagna di comunicazione promossa dalla Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi.

Questo secondo manifesto (in formato pdf) presenta il ruolo che la professione svolge sul territorio; successivamente verranno pubblicati gli altri.

Ognuno potrà affiggerlo nel proprio posto di lavoro o dove ritenga più utile per contribuire a costruire un'immagine dell'infermiere più aderente alla nostra attuale realtà professionale.

Il manifesto è disponibile sul sito della Federazione all'indirizzo www.ipasvi.it/campagna2004/index.htm

Sessualità, fertilità ed incontinenza

Problematiche familiari e comportamentali

Maria Rosa Basso

INTRODUZIONE

La sessualità è parte integrante della personalità di ogni essere umano ed il suo pieno sviluppo dipende dalle soddisfazioni dei bisogni umani basilari come il desiderio di contatto, intimità, espressione emozionale, piacere, tenerezza e amore. La sessualità si costruisce attraverso l'interazione tra l'individuo e le strutture sociali, l'intero sviluppo della sessualità è essenziale per il benessere individuale, interpersonale e sociale. I diritti sessuali sono diritti umani universali fondati sulla libertà, sulla dignità e sull'uguaglianza propri di ogni essere umano.

Considerato che la salute è un diritto umano fondamentale, la salute sessuale deve essere considerato un diritto umano basilare.

Per assicurare lo sviluppo di una sessualità sana negli esseri umani e nelle società, i diritti sessuali devono essere riconosciuti, promossi, rispettati e difesi con ogni mezzo. E' da rammentare che la salute sessuale è il risultato di un ambiente che riconosce, rispetta ed esercita questi diritti sessuali (diritto alla libertà, all'autonomia, all'integrità ed alla sicurezza sessuale del corpo, alla privacy, all'uguaglianza, al piacere sessuale, all'espressione delle emozioni sessuali, a rendere libere e responsabili le scelte riproduttive, all'informazione sessuale basata sulla conoscenza scientifica, all'educazione sessuale integrale

ed il diritto alla cura della salute sessuale).

DEFINIZIONE E FORMAZIONE

L'O.M.S. definisce la salute sessuale come l'integrazione di aspetti somatici, affettivi, intellettuali e sociali dell'essere sessuato, allo scopo di pervenire ad un arricchimento della personalità umana, della comunicazione e dell'amore.

Fin dal 1975 l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha sottolineato la necessità di provvedere alla formazione degli operatori della salute nell'ambito della sessualità.

Alcune importanti associazioni infermieristiche americane (American Nurses' Association, Nurses Association of the American College of Obstetricians, and Gynecologists, American Nurses Association and Oncology Nursing Society) fin dagli anni 70 - 80 dichiarano apertamente nei loro documenti della pratica infermieristica, che la sessualità al pari degli altri bisogni umani, deve essere valutata dagli infermieri, i quali devono garantire anche in questo campo gli interventi adeguati per rispondere alle necessità delle persone che assistono.

Fin dal 1980 la N.A.N.D.A. (North American Nursing Diagnosis Association) ha incluso nella lista delle diagnosi infermieristiche "disfunzione sessuale" e, nel 1989, Lynda Juall Carpenito, ha aggiunto la diagnosi "Alterazione del modello di

sessualità”, che comprende una varietà di situazioni nelle quali la persona subisce o rischia di subire, una modificazione della salute sessuale, tanto che i comuni testi di nursing adottati nelle scuole infermieristiche di base, contengono capitoli sulla sessualità come parte integrante dell’assistenza.

Studi americani ed inglesi evidenziano che gli infermieri considerano rilevante per l’assistenza infermieristica, la capacità di discutere di sessualità con le persone di cui si prendono cura, anche se non sufficientemente formati e capaci di svolgere tale ruolo. La mancanza di conoscenze specifiche, deve comunque essere valutata in associazione ai personali atteggiamenti nei confronti della sessualità: la propria e quella altrui, i quali si traducono, nella pratica clinica, in comportamenti reali nella relazione con le persone, coinvolgendo aspetti cognitivi ed emotivi. Ciò significa che la formazione deve includere certamente informazione scientifica, ma deve parallelamente indurre all’auto consapevolezza delle proprie credenze, vissuti, paure e problemi riguardo alla sessualità, come avviene per qualunque apprendimento di capacità relazionali.

La convinzione che la responsabilità della salute sessuale sia da attribuire agli esperti, possono venire interpretati come scarsa percezione di capacità, come tentativi di “prendere le distanze” da qualcosa che crea incertezza. L’incapacità di iniziare un colloquio su temi sessuali, può derivare, oltre che dall’imbarazzo, dalla scarsa formazione specifica nella raccolta dei dati dei pazienti al riguardo della loro sessualità. Alcune cartelle infermieristiche prevedono un apposito spazio per queste informazioni, anche se un po’ mascherato sotto diciture neutre quali: “apparato genitale”, “Funzione riproduttiva”. Spesso la loro compilazione è omessa o vengono registrate informazioni vaghe che possono lasciare intendere ma non approfondiscono con chiarezza le questioni. La non completezza delle cartelle infermieristiche sul tema “sesso” viene il più delle volte motivato dall’imbarazzo provato dagli infermieri essendo in prevalenza di sesso fem-

minile; se di giovane età con il timore di essere mal interpretati dai pazienti di sesso maschile; se l’età è più matura, dall’educazione ricevuta nel passato.

I problemi della sessualità, il più delle volte, non presi in considerazione vengono dai pazienti, sempre più concentrati a risolvere i problemi fisiologici che non quelli della vita di coppia; ne consegue che le disfunzioni sessuali si manifestano, nella maggior parte dei casi, con grave riduzione o assenza del desiderio.

Varie sono le cause che possono creare questo problema, e l’incontinenza urinaria rappresenta una di queste. Il peggioramento della qualità di vita del soggetto che ne soffre, crea una situazione di stress ed una alterazione del concetto di se (autostima), con mutamento dell’equilibrio psicologico, portando il paziente all’isolamento graduale ed alla riduzione delle attività quotidiane, compreso l’approccio intimo con il partner, sino al completo rifiuto del rapporto sessuale.

L’esperienza diretta ci mostra però che gli infermieri si trovano spesso in situazioni in cui, le persone di cui si occupano lanciano messaggi e richieste di aiuto più o meno velate, riguardo a reali o presunti problemi sul sesso, nella speranza di trovare un “orecchio” che li ascolti e non lasci cadere l’argomento.

OBIETTIVO

Nell’incontinenza la riabilitazione ha come obiettivo la continenza per il miglioramento della qualità di vita, il ripristino dell’autostima e permettere il reinserimento nella vita sociale.

La riabilitazione sessuale ha come obiettivo la ripresa dell’attività sessuale, segno di comunicazione e condivisione dei sentimenti.

CAUSE

E’ indispensabile però conoscere i problemi femminili e maschili che causano le disfunzioni sessuali.

Le disfunzioni sessuali femminili, sono ar-

gomento di interesse relativamente recente e si possono classificare in:

1) Disturbi del desiderio

- riduzione o assenza persistente fantasie sessuali o di attrazione verso l'attività sessuale;
- fattori psicologici, deficit degli ormoni sessuali, menopausa, interventi chirurgici delle zone genitali ecc..

2) Disturbi dell'eccitazione sessuale

- incapacità ad ottenere o mantenere un livello sufficiente di eccitamento sessuale;
- ridotta lubrificazione vaginale, insufficiente inturgidimento del clitoridee delle piccole labbra
- mancato rilassamento della muscolatura liscia vaginale

3) Disturbi dell'orgasmo:

- ritardo o impossibilità ad ottenere l'orgasmo nonostante una sufficiente stimolazione sessuale
- condizione secondaria a fattori emozionali o psicologici (interventi chirurgici che provocano ipotonia della muscolatura pelvica, o interventi demolitori sulla pelvi);

4) Disturbi provocati da dolore sessuale

- Dispareunia (dolore genitale associato al rapporto sessuale)
- Vaginismo (spasmo vaginale della muscolatura vaginale tale da impedire la penetrazione). Vi sono inoltre i disturbi organici quali: Repulsione del maschio, Irritazioni vaginali diminuzione delle sensazioni lpo o anorgasmia.

PROBLEMI SESSUALI NELL'UOMO

La relazione tra incontinenza e funzione sessuale, nel maschio è di tipo essenzialmente psicogeno, specie

dopo chirurgia pelvica, rendendo problematica l'accettazione di un programma di riabilitazione.

Abbiamo di conseguenza:

- ✓ Calo del desiderio
- ✓ Negazione dell'immagine corporea
- ✓ Diminuzione dell'autostima.

L'opera di persuasione dell'andrologo su un inizio precoce della riabilitazione, non può non tenere conto del forte vissuto negativo che accompagna il paziente affetto da incontinenza urinaria post-chirurgica. L'uomo incontinente è riluttante e la paura di avere fughe di urina durante l'attività sessuale si ripercuote soprattutto sulla sfera del desi-



derio ed il problema che ne deriva è essenzialmente pratico e va visto alla luce delle più moderne teorie sulla riabilitazione dei corpi cavernosi.

Per identificare il problema, viene utilizzato il Questionario IIEF (International Index of Erectile Function). Tale questionario formula domande sulla funzione erettile, sull'orgasmo, sul desiderio sessuale, sul grado di soddisfazione e sul benessere generale.

Il questionario è utile per individuare il grado di disfunzione che può essere:

- Grave
- Moderato
- Lieve
- Assenza di erezione.

METODOLOGIA

Indispensabile premessa alla riabilitazione sono una accurata anamnesi sessuale e l'attenta valutazione della motivazione del paziente ad entrare nel programma di riabilitazione, conoscere l'ambiente socio culturale in cui il paziente vive e, importante in una coppia, la collaborazione attiva del partner, oltre a conoscere la sessualità ed il desiderio.

Si possono distinguere tre tipi di pazienti:

⇒ Quelli che chiedono aiuto perché hanno ancora desiderio sessuale: in questo caso può essere sinceramente preoccupato dei bisogni del partner e non desidera rinunciare alla dimensione intimo/affettiva che trova nell'espressione sessuale la sua più grande rappresentazione.

⇒ Quelli che pur avendo desiderio sessuale non cercano aiuto: in genere sono pazienti che hanno paura, perché temono di cambiare qualcosa. In genere il partner condivide queste paure. Tale paziente non necessariamente ha raggiunto "la pace dei sensi" ma è imprigionato da una dinamica in cui il concetto di guarigione passa attraverso l'astensione della dimensione del piacere in tutti i suoi aspetti.

⇒ quelli che chiedono aiuto ma non hanno più desiderio sessuale: in questi casi i pazienti esprimono la necessità di

soddisfare i bisogni relazionali o legati al ruolo. In questi casi la riabilitazione non è controindicata, ma bisogna elaborare bene le motivazioni prima di accedere al programma riabilitativo.

In tutti i casi è importante non sottovalutare alcuni disturbi soggettivi quali:

- dolori ginecologici
- dolori urologici
- depressione e che sono indice di disagio sessuale.

CONCLUSIONE

Le alterazioni della sfera sessuale, sono problemi complessi e di non facile soluzione. Il percorso di riabilitazione deve coinvolgere una serie di figure sanitarie che lavorino in équipe ed in perfetta sintonia, per creare una relazione di fiducia ed avere dialogo e dare le massime informazioni, per focalizzare eventuali stati d'ansia ed individuare le aspettative della coppia ed indicare la terapia più idonea alla risoluzione del problema.

Non si deve dimenticare, visto l'argomento delicato, di seguire alcune regole importanti, quali:

"la riservatezza" individuare il medico di sesso più accettato, eseguire una anamnesi sociale, ricordarsi della cultura di provenienza del soggetto

➤ verificare l'eventuale assunzione di farmaci usare un linguaggio comprensibile

➤ la collaborazione e coinvolgimento attivo del partner.

AUTORE

Maria Rosa Basso

A.F.D. - C.P.S.E. Asl 3 - Torino



I NUOVI UFFICI DEL COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI ROMA

**Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma - Metro Ottaviano
Tel. 06.37511597 R.A. - Fax 06.45437034
e-mail: collegio@ipasvi.roma.it
Televideo Rai3 Pag. 439 - www.ipasvi.roma.it**

**Gli orari di apertura degli uffici sono i seguenti:
Lunedì, Giovedì 8,30-12,00 e 14,30-17,00
Martedì, Mercoledì, Venerdì 8,30-12,00**



2

Accordo Ipasvi e medici di famiglia della Fimmg,
un patto programmatico per costruire
il futuro dell'assistenza territoriale e seguire
i cittadini passo dopo passo.

**Infermieri sul
territorio:**
percorsi
assistenziali a
misura d'uomo.



IPASVI

**così
ATTACCATI
ALLA VITA.**