

*in*fermiere oggi



L'assistenza infermieristica è il valore aggiunto di un modello organizzativo della sanità centrato sulla persona.

**Direzione
infermieristica**
più esperienza
al sistema
sanitario.

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 Vittoria Pepe, Francesca Premoselli,
Maria Grazia Proietti, Ausilia M.L. Pulimeno,
Emanuela Tiozzo, Marco Tosini.

Rivista trimestrale aprile/giugno 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: Agosto 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.

Rubriche

1 EDITORIALE

di Gennaro Rocco

3 Gli aspetti etici per l'abbandono o il rifiuto delle crt nei pazienti ricoverati nelle terapie intensive di Umberto Tulli

9 SHORT STAY E PROFILI DI CURA

Post operatorio breve:
è fattibile?

di Maria Rosa Basso e Rosalia Badagliacca

14 Progetto educazione sanitaria e promozione della salute di Leda De Santis e Tamara Franza

21 Viaggio-Studio in Canada con il

Collegio Ipasvi di Roma
di Gaetano Romigi, Laura Sabatino,
Alessandro Stievano

33 Gestione infermieristica del paziente multidisciplinare di Fabio Procaccianti, Giulia Diamantini e Riccardo Mercuri

37 Il Triage ospedaliero effettuato in pronto soccorso per utenti gravide con problematiche ostetrico-ginecologiche di Antonietta Salvatore e Cristian Vender

45 "Il politraumatizzato in rianimazione: prevenzione e trattamento delle complicanze, stabilizzazione e fase di de-intensificazione - il ruolo dell'infermiere" di Gaetano Romigi e Rossella Marchetti

47 La riabilitazione della vescica neurogena di Mauro Morroto

53 L'avvocato dice...

55 La Conferenza Regione-Ordini e Collegi Professionali al debutto E adesso ascoltateci di Paolo Romano

57 Sono 160 mila gli operatori sanitari ancora privi di un ordine professionale Un Albo per tutti

59 EMERGENCY CERCA INFERMIERI PER LE SUE MISSIONI

60 Linea diretta con il Presidente

61 Infermieri in rete

64 Corsi ECM Collegio IPASVI di Roma

La forza dei valori

di Gennaro Rocco

Il sapore del pane si apprezza di più nella carestia. Così anche la sua necessità. E' un vecchio adagio che accompagna la storia dell'umanità. In tempi difficili come i nostri, violenti e sbilanciati sul denaro, svetta perciò il caleidoscopio di valori dell'essere infermiere.

Poche professioni possono vantare uno slancio ideale come quella infermieristica. Pochi sono pure i paragoni possibili sul piano della vocazione all'internazionalizzazione, all'assenza di confini, nel segno stesso dei tempi: la globalizzazione del sapere e delle attività umane.

Possiamo quindi, a buon diritto, invocare i valori portanti della nostra professione e andarne fieri, definirci orgogliosamente infermieri, adoperarci nel presente e proiettarci nel futuro. E già perché lo spirito di servizio, la filantropia, la capacità di condivisione del dolore sono valori tanto elevati quanto non mercificabili, senza prezzo insomma ed immortali.

Il punto è: come affermare queste prerogative? Come renderle riconoscibili a tutti?

In che modo possiamo utilmente rimarcare il peso che la professione infermieristica ha nel Servizio Sanitario Nazionale e più in generale nella salute pubblica? E' un peso preponderante,



l'interfaccia diretto con i bisogni della persona malata, l'ago della bilancia della qualità percepita dal cittadino. E' il cuore pulsante dell'assistenza, che proprio come il cuore ha in sé la capacità di attivarsi e spingere in perfetta autonomia, di alimentare e rinvigorire il sistema di protezione sani-

taria. E se "al cuor non si comanda", non lo si fa neppure con la professione infermieristica; qui, infatti, sono i valori, e solo quelli, a poter dettare la linea e a segnarne l'evoluzione.

Abbiamo più volte ricordato che la nostra è una professione intellettuale a tutto tondo, finalmente riconosciuta tale anche dall'ordinamento legislativo. Ci siamo guadagnati al prezzo di pesanti sacrifici una formazione di elevato livello, una grande capacità di ricerca e di specializzazione scientifica, un'acclarata autonomia professionale, l'opportunità di gestirci e di autoregolarci, di rapportarci al cittadino e alle altre professioni sanitarie come depositari insostituibili dell'assistenza.

Abbiamo poi un codice deontologico di alto profilo, apprezzato e preso a riferimento dai colleghi di tutto il mondo. Possiamo contare inoltre su un Albo professionale che garantisce i destinatari della nostra azione professionale ma anche noi stessi in quanto professionisti che

operano singolarmente nel campo comune dell'assistenza e della salute, con determinate caratteristiche, con precise competenze e abilità.

Ecco che se da singoli operatori costituiamo un anello importante (ma a volte, ancora ingiustamente debole) della catena, insieme ne rappresentiamo la spina dorsale. La nostra forza sta dunque nel senso di appartenenza e di condivisione, nell'essere sempre più una professione unita sotto l'autorevole ombrello dei suoi valori, convinta dei propri mezzi e del ruolo straordinariamente determinante che le è assegnato.

Proprio così, implementando nel tempo la nostra appartenenza professionale attraverso la forza e l'azione pressante dei Collegi e della Federazione IPASVI, siamo riusciti a segnare conquiste storiche per gli infermieri, divenire dei veri professionisti dell'assistenza, autonomi e preparati, professionalmente "adulti", capaci di gestirsi e di relazionarsi con rinnovata dignità alle altre figure sanitarie.

Ci attendono altre sfide, non meno cruciali di quelle che abbiamo affrontato e vinto. A partire da un più adeguato riconoscimento, non solo

economico, del nostro ruolo e della nostra evoluzione. L'esperienza ci ha insegnato che dobbiamo misurarci con le tante, troppe resistenze esistenti ricorrendo alla nostra arma migliore: l'unità, il sentirsi parte di un progetto professionale comune.

E in questo possiamo contare su quanto al mondo ha la testa più dura: i numeri. Siamo essenziali anche perché rappresentiamo la parte più cospicua tra gli operatori sanitari. Siamo tanti, ben motivati e straordinariamente cresciuti. Coordinando in modo utile e coerente gli sforzi dell'intera professione, non rinunciamo a voler incidere di più e più in profondità sul sistema sanitario.

Ancora una volta, grazie agli organi rappresentativi che gli infermieri si sono dati, la nostra categoria leverà alta la sua voce ogni qual volta verrà messa in gioco la tutela dei cittadini, i valori fondanti della professione, un Servizio Sanitario Nazionale equo e solidale.

Siamo anche noi tra i "veri" protagonisti della salute e vogliamo interpretare fino in fondo il nostro ruolo. Quello di comparsa lo lasciamo recitare ad altri.

L'ASSISTENZA... IN SICUREZZA

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 una 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 utile chiarimento.

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

Gli aspetti etici per l'abbandono o il rifiuto delle CRRT nei pazienti ricoverati nelle terapie intensive

di *Umberto Tulli*

INTRODUZIONE

I sistemi CRRT (Continuous Renal Replacement Therapy) rappresentano una recente ed importante innovazione nella gestione delle terapie continue extracorporee nelle patologie acute renali e non renali. L'indicazione principale è l'IRA nel paziente ricoverato nelle Terapie Intensive o nei reparti di rianimazione. Spesso questi pazienti presentano un quadro clinico complicato da altre patologie quali sepsi, ustioni, CID (Coagulazione Intravascolare Disseminata), MOF (Multi Organ Failure). La mortalità di tali pazienti è molto elevata nonostante il supporto di moderne terapie intensive. Questa mortalità è influenzata principalmente dalla malattia di base e dalle complicanze.

Dunque la maggior parte dei pazienti trattati per insufficienza renale acuta in reparto di terapia intensiva presenta problemi multipli. Per questo motivo l'abbandono delle terapie sostitutive renali dovrebbe essere considerato come parte della decisione generale se iniziare o continuare con il trattamento. Sono state prodotte diverse linee guida sull'abbandono ed il rifiuto delle terapie e ne emergono alcuni temi comuni:

Consenso e decisione dell'intera equipe, la disponibilità d'appropriate cure palliative, le risorse disponibili.

Il rifiuto è definito come la decisione di non iniziare il trattamento dialitico, mentre l'abbandono è definito come l'in-

terruzione del trattamento dialitico in corso.

Il progresso tecnico-scientifico degli ultimi anni ha consentito a chi opera nelle terapie intensive interventi ritenuti impensabili fino a pochi anni fa a: sostituzioni di funzioni vitali, abolizione della coscienza mediante sedazioni prolungate, possibilità di diagnosticare la morte con criteri neurologici, rendendo così possibile il trapianto d'organi vitali da cadaveri a cuore battente. Queste nuove tecnologie hanno portato, tra l'altro, nuove responsabilità per gli operatori, che logicamente si pongono delle domande: siamo certi che il massimo impegno terapeutico equivalga sempre al miglior bene per il paziente? L'agire in stato di necessità ci esonera dal tentativo di capire la volontà del paziente? Siamo obbligati ad applicare comunque provvedimenti attivi, o ci esponiamo invece al rischio di stabilire in base alle nostre convinzioni personali ciò che è giusto per il paziente? Abbiamo eventuali riferimenti deontologici e giuridici di supporto?

Il codice deontologico degli infermieri cita in due punti dell'articolo 4 "Rapporti con la persona assistita":

- ❖ 4.2 L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello d'assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte.
- ❖ 4.15 L'infermiere assiste la persona,

qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale. L'infermiere tutela il diritto a porre dei limiti ad eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità della vita dell'assistito.

La Carta dei diritti dei morenti è una dichiarazione frutto dell'analisi delle raccomandazioni e dei documenti internazionali, pubblicata in varie occasioni da diverse agenzie che si occupano di problemi sanitari. Uno dei motivi ispiratori del documento è, come si legge all'art. 2 della Convenzione per i Diritti dell'Uomo e la Biomedicina (Strasburgo, giugno 1996) per cui "L'interesse ed il benessere dell'essere umano devono prevalere sul solo interesse della società e della scienza". Nel documento del Consiglio d'Europa "La dimensione etica della sanità" (Strasburgo, dicembre 1989) al cap. Il par. 3 si afferma: "L'integrità dell'individuo non è violata solamente quando la sua salute è messa inutilmente in pericolo. Lo è anche quando vi è una negazione del suo diritto ad una morte degna".

Nella Guida Europea d'Etica Medica all'art. 13 (Aiuto ai morenti) si dichiara:

"La medicina implica in tutte le occasioni il rispetto costante della vita, dell'autonomia e della libera scelta del paziente. Il medico può, in caso d'affezione incurabile e terminale, limitarsi ad alleviare le sofferenze fisiche e morali del paziente fornendo i trattamenti appropriati e mantenendo fin che è possibile la qualità di una vita che si spegne. E' imperativo assistere il morente sino alla fine ed agire in modo da permettergli di conservare la sua dignità".

La dichiarazione dei diritti dei morenti è un'esigenza particolarmente sentita in ambito etico e sanitario, come documento di base atto a sensibilizzare istituzioni ed opinione pubblica sulle necessità dei pazienti terminali. L'analisi è stata compiuta dal Comitato Etico presso la Fondazione Floriani con l'obiettivo di rendere espliciti quelli che sono stati

identificati come diritti dei malati morenti indicati nella Carta dei Diritti dei Morenti pubblicata nel Maggio 1996. I vari punti che costituiscono il documento sono stati redatti tenendo conto della realtà italiana e per questo è stata definita una Carta "italiana" dei diritti dei morenti.

CARTA DEI DIRITTI DEI MORENTI

Chi sta morendo ha diritto:

1. Ad essere considerato come persona sino alla morte
2. Ad essere informato sulle sue condizioni, se lo vuole
3. A non essere ingannato ed a ricevere risposte veritiere
4. A partecipare alle decisioni che lo riguardano ed al rispetto della sua volontà
5. Al sollievo del dolore e della sofferenza
6. A cure ed assistenza continue nell'ambiente desiderato
7. A non subire interventi che prolunghino il morire
8. Ad esprimere le sue emozioni
9. All'aiuto psicologico ed al conforto spirituale, secondo le sue convinzioni e la sua fede
10. Alla vicinanza dei suoi cari
11. A non morire nell'isolamento e nella solitudine
12. A morire in pace e con dignità.

Nella prassi bioetica s'identificano tre principi orientatori:

- ❖ Il principio di beneficenza/non maleficenza
- ❖ Quello di giustizia
- ❖ Quello di autonomia.

Il primo afferma che l'obiettivo dell'atto sanitario è fare il bene, producendo un vantaggio al soggetto destinatario, prevedendo perciò provvedimenti appropriati e rischi proporzionati. Il secondo afferma l'eguale valore di ogni persona e la possibilità per ognuno di accedere al più alto standard di cure mediche, compatibilmente con le risorse disponibili. Il principio di autonomia della persona malata si esercita nella libertà di scelta fra le opzioni terapeutiche proposte, compreso anche il rifiuto delle stesse, nel rispetto del principio più ge-

nerale dell'autodeterminazione.

Il principio di autonomia si esprime nella relazione staff sanitario-paziente, particolare forma di relazione intersoggettiva in cui l'autonomia del medico, dell'infermiere e quella del paziente si confrontano nell'esperienza della cura, della malattia e della morte. L'importanza di tale relazione in Terapia Intensiva è stata sottolineata dal filosofo G.R. Duncan nel 1985: "Il successo della Terapia Intensiva non va misurato solo con le statistiche di sopravvivenza, come se ogni morte fosse un fallimento medico. Deve essere misurato dalla qualità delle vite conservate o ripristinate, dalla qualità della morte di coloro per i quali è preferibile morire e dalla qualità delle relazioni umane coinvolte in ogni morte".

Il nuovo testo del Codice di Deontologia Medica del 1998, afferma l'importanza delle volontà espresse anticipatamente dal paziente, nelle condizioni di urgenza ed emergenza, nell'art. 34: "Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo vita, non può non tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso", che riprende l'art. 9 della Convenzione d'Europa sui Diritti dell'Uomo e la Bio-medicina approvata dal Consiglio d'Europa e firmata il 4/4/1997 ad Oviedo da 21 Paesi fra cui l'Italia: "Saranno prese in considerazione le volontà precedentemente espresse nei confronti dell'intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è più in grado di esprimere le sue volontà". I destinatari delle Terapie Intensive sono quindi soggetti i quali, pur in una condizione di massima vulnerabilità quale quella della malattia critica e della perdita di capacità, non perdono il diritto al-

l'autodeterminazione.

I supporti vitali possono salvare la vita di molti pazienti, ma in alcuni casi sono solamente in grado di prolungarne il processo del morire, violando così il principio di beneficenza. Essi provocano disagio e dolore, possono provocare lesioni, per effetti collaterali o danni iatrogeni violando così il principio di non maleficenza.

All'accanimento terapeutico si fa riferimento negli art. 14 e 37 del Codice di Deontologia Medica e nel documento "Questioni Bioetiche relative alla fine della vita" del Comitato Nazionale di Bioetica. Quest'ultimo intende per Accanimento Terapeutico "la persistenza nell'uso di procedure diagnostiche come pure di interventi terapeutici, allorché è comprovata la loro inefficacia ed inutilità sul piano di un'evoluzione positiva e di un miglioramento del paziente, sia in termini clinici sia di qualità della vita.

Nell'Enciclica "Evangelium Vitae" l'Accanimento Terapeutico viene definito come "interventi medici non più ade-



guati alla reale situazione del malato, perché ormai sproporzionati ai risultati che si potrebbero sperare o anche perché troppo gravosi per lui e per la sua famiglia. In queste condizioni, quando la morte si presenta imminente ed inevitabile, si può rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi..." Ed ancora "La rinuncia a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale al suicidio od all'eutanasia; esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte". Anche in questo caso vi è quindi un esplicito richiamo a non porre in atto l'Accanimento Terapeutico ed una distinzione netta fra rinuncia all'Accanimento Terapeutico ed eutanasia,

cioè fra il "lasciar morire", per non prolungare artificialmente la morte, e l'intervenire attivamente ed intenzionalmente per "dare la morte"

Eutanasia in greco antico significa letteralmente "buona morte". Oggi con questo termine si definisce correntemente l'intervento medico volto ad abbreviare l'agonia di un malato terminale. Si parla di "eutanasia passiva" quando il medico si astiene dal praticare cure volte a tenere ancora in vita il malato, di "eutanasia attiva" quando il medico causa, direttamente, la morte del malato, di "eutanasia attiva volontaria" quando il medico agisce su richiesta esplicita del malato. Nella casistica si tende a far rientrare anche il cosiddetto "suicidio assistito", ovvero l'atto autonomo di porre termine alla

1	Voglio essere informato sul mio stato di salute, anche se fossi affetto da malattia grave ed inguaribile	Si No
2	Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie	Si No
3	Autorizzo i curanti ad informare, anche senza il mio consenso, le seguenti persone:	Si No
4	I provvedimenti di sostegno vitale siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il prolungamento del mio morire	Si No
5	I provvedimenti di sostegno vitale siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mio mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e privo di possibilità di recupero	Si No
6	I provvedimenti di sostegno vitale siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mio mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero	Si No
7	Dispongo che siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei) anche se essi rischiassero di anticipare la fine della mia vita	Si No
8	Dispongo che, in caso di arresto cardiorespiratorio, nelle situazioni descritte sopra ai punti 4,5 e 6 sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti	Si No
9	Dispongo che, nelle situazioni descritte sopra ai punti 4,5,e 6 qualora io non sia in grado di alimentarmi in modo naturale, sia proseguita la somministrazione artificiale di acqua e sostanze nutrienti se ritenuta indicata dai curanti	Si No
10	Altre disposizioni personali	Si No
11	Desidero l'assistenza religiosa di confessione.....	Si No
12	Desidero un funerale	Religioso Laico
13	Dispongo di donare i miei organi a scopo di trapianto	Si No
14	Dispongo di donare il mio corpo a scopi scientifici o didattici	SI No
15	Dispongo che il mio corpo sia	Inumato Cremato

propria vita compiuto da un malato terminale in presenza e con mezzi forniti da un medico.

L'eutanasia attiva non è assolutamente normata dai codici del nostro paese: ragion per cui essa è assimilabile all'omicidio volontario (art. 575 C.P.). Nel caso si riesca a dimostrare il consenso del malato, le pene sono previste dall'art. 579 (omicidio del consenziente), e vanno comunque dai sei ai quindici anni. Anche il suicidio assistito è considerato un reato, ai sensi dell'art. 580. Nel caso di eutanasia passiva, pur essendo anch'essa proibita, la difficoltà nel dimostrare la colpevolezza la rende più sfuggente ad eventuali denunce.

Secondo la Chiesa cattolica la vita è stata donata da Dio, e solo lui può disporne: ragion per cui l'eutanasia è un omicidio. E' al massimo ammessa la fine delle cure qualora venissero ritenute sproporzionate.

In base a quanto detto sinora possiamo affermare alcuni principi:

- ❖ Per stabilire l'appropriatezza delle cure intensive si deve poter individuare il bene del paziente e la conoscenza delle sue volontà.
- ❖ La limitazione delle cure intensive può risultare la più appropriata espressione di attento trattamento, ispirato ai principi di beneficenza, non-maleficenza e giustizia.
- ❖ Nel caso si pongano delle limitazioni alle cure intensive è necessario assumere le forme delle cure palliative e dell'accompagnamento psicologico e morale del morente.

Le cure palliative si occupano in maniera attiva e totale dei pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte. Il controllo del dolore, di altri sintomi e degli aspetti psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza. Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie.

Le cure palliative:

- Affermano la vita e considerano il morire come un evento naturale

- Non accelerano né ritardano la morte
- Provvedono al sollievo del dolore e dagli altri disturbi
- Integrano gli aspetti psicologici e spirituali dell'assistenza
- Aiutano i pazienti a vivere in maniera attiva fino alla morte
- Sostengono la famiglia durante la malattia e durante il lutto.

Esse si caratterizzano per:

- La globalità dell'intervento terapeutico che, avendo per obiettivo la qualità della vita residua, non si limita al controllo dei sintomi fisici ma si estende al sostegno psicologico, relazionale, sociale e spirituale.
- La valorizzazione delle risorse del malato e della sua famiglia oltre che del tessuto sociale in cui sono inseriti.
- La molteplicità delle figure professionali e non professionali che sono coinvolte nel piano di cura.
- Il pieno rispetto dell'autonomia e dei valori della persona malata.
- La forte integrazione ed il pieno inserimento nella rete dei servizi sanitari e sociali.
- L'intensità delle cure che devono essere in grado di dare risposte pronte ed efficaci al mutare dei bisogni del malato.
- La continuità della cura fino all'ultimo istante.
- La qualità delle prestazioni erogate.

BIOCARD o Direttive Anticipate

In Italia la "Biocard" è stata proposta dalla Consulta di bioetica di Milano.

La Consulta di Bioetica, associazione fondata nel 1989 per lo studio dei difficili problemi che si pongono nella medicina d'oggi ed in particolare nelle situazioni della nascita e della morte, allo scopo di permettere di manifestare le proprie volontà riguardo alle cure di cui in futuro si potrebbe avere bisogno. Utilizzando lo strumento della Carta di Autodeterminazione o un documento analogo, si possono dare delle disposizioni ai futuri curanti, disposizioni che

saranno di grand'utilità nel momento delle decisioni difficili, qualora non si fosse più in grado di partecipare attivamente. Essa non ha valore legale, tuttavia le indicazioni che si decidesse di dare ai medici sarebbero preziose per loro; infatti il principio che l'ultima parola in fatto di cure spetta al malato (principio del consenso informato) è ora da tutti accettato, anche nell'ultima formulazione del Codice Deontologico dell'Ordine dei Medici.

DICHIARAZIONE

Alla mia famiglia, ai medici curanti ed a tutti coloro che saranno coinvolti nella mia assistenza. Io sottoscritto, essendo attualmente in pieno possesso delle mie facoltà mentali, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere qualora mi ammalassi:

Firma del sottoscrittore

Firma del primo rappresentante fiduciario che si impegna al rispetto delle mie volontà qualora io perdessi la capacità di decidere o comunicare le mie decisioni.

Firma del secondo rappresentante fiduciario (sostituto del primo se è nell'impossibilità di esercitare la sua funzione)

Firma del testimone

CONCLUSIONI

E' fondamentale che le decisioni di sospendere o rifiutare la terapia dialitica siano poste nel giusto contesto ed inoltre sono necessari pluralità di vedute e di interventi. La decisione deve essere condivisa con il paziente se è in grado di comprendere, altrimenti discussa con la famiglia. In questo caso diviene fondamentale il lavoro d'équipe; tutti i membri dello staff dovrebbero essere coinvolti a partecipare alla discussione che porterà alla decisione finale. Lo staff dovrebbe essere composto da medico, infermiere, psicologo, assistente sociale, esperto di

bioetica. E' auspicabile che le cure palliative siano inserite nella discussione finale.

AUTORE

*D.A.I. Umberto Tulli
Dialisi d'Urgenza
Ospedale Civile
S.Giovanni Evangelista
Tivoli (Roma)*

bibliografia

1. D. Mazzon, et. altri. Per una lettura in chiave bioetica delle terapie intensive .WWW.siaarti.it.
2. Consiglio d'Europa. Convenzione dei diritti dell'uomo e la Biomedicina. Bioetica, 1998, 4:581-609.
3. Consulta di Bioetica. Nuovo testo della Carta di autodeterminazione BIOCARD. Bioetica, 1997: 103-107.
4. Comitato Etico Fondazione Floriani. La Carta dei diritti dei morenti.
5. Consiglio d'Europa. La dimensione etica della sanità. Strasburgo, 1989.
6. Convenzione per i Diritti dell'Uomo e la Biomedicina. Strasburgo, 1996.
7. H. Draper. Gli aspetti etici per l'abbandono/rifiuto delle terapie sostitutive renali per pazienti in IRA in reparto di cure intensive. EDTNA/ERCA Journal 2002, Supplemento 2.
8. Società Italiana Cure Palliative. Le cure palliative. WWW.sicp.it
9. L'eutanasia. www.uarr.it/documenti.
10. Giovanni Paolo II: Evangelium Vitae: Il valore e l'inviolabilità della vita umana. Ed. Paoline, Milano 1995.

SHORT STAY E PROFILI DI CURA

Post operatorio breve: è fattibile?

di Maria Rosa Basso e Rosalia Badagliacca

INTRODUZIONE

Compito di una struttura sanitaria moderna non è più quella di offrire solo ospitalità ai soggetti che in essa vi si ricoverano: anzi il soggiornarvi è spesso una complicità per i soggetti ed un impiego di risorse per la struttura.

L'eccesso di ospedalizzazione rilevato presso le strutture sanitarie, impone, per una maggior economicità, forme assistenziali idonee per il paziente oltre che comportare un minor dispendio di risorse. Quest'atteggiamento, è stato imposto dal processo di aziendalizzazione (D.L. 502/92) e dagli specifici indirizzi attuativi (Piano Sanitario Nazionale, Conferenza Stato Regioni, del 23/09/1999), con l'obiettivo di perseguire un comportamento di maggior attenzioni sull'uso delle risorse nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (D.L. 229/99).

L'evoluzione della scienza medica e delle tecnologie disponibili, hanno sensibilmente diminuito la necessità di osservazione diagnostica con il ricovero; tramite una innovativa organizzazione, la funzione del ricovero è rivolta, specie in campo chirurgico, solo ed esclusivamente al periodo utile per eseguire l'intervento e per un'assistenza post intervento nel più breve tempo possibile.

OBIETTIVI

Gli obiettivi della diminuzione di lunghe ed inutili degenze sono:

- Riduzione delle liste di attesa
- Riduzione dei costi di gestione
- Riduzione delle infezioni nosocomiali
- Ottimizzazione delle risorse strumentali ed umane.

Per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture chirurgiche è indispensabile attivare una corretta programmazione. Diventa così prioritario il discorso dell'appropriatezza dei ricoveri per interventi chirurgici, individuando criteri e parametri che permettano di ottimizzare il processo.

Si rende necessario, quindi, esaminare le possibili alternative: la stessa patologia può essere curata in vari modi, dimostrata da un'ampia letteratura che indica le varie opportunità utilizzabili. Nella ricerca della minimizzazione dei costi, le forme alternative di ricovero e degenza, offrono validi contributi; occorre però verificare nel medio-lungo periodo il reale grado di utilità, anche se mai saranno possibili delle risoluzioni assolute e complete.

METODO

Le attività di tipo chirurgico presenti nelle strutture sanitarie possono essere così riassunte:

- Chirurgia ambulatoriale
- Day surgery – One day surgery

- Ricovero ordinario
- Short stay

DEFINIZIONI

Chirurgia ambulatoriale: possibilità di interventi chirurgici, procedure diagnostiche o terapeutiche di tipo invasivo o semi/invasivo, eseguiti in ambulatori specialistici con anestesia locale, locoregionale o analgesia, in cui l'assistenza è di tipo ospedaliero, senza ricovero e con assistenza medico-infermieristica non continuativa; possibilità di monitorare l'evoluzione della patologia del paziente ai successivi passaggi. Economicamente viene richiesto un rimborso all'interessato tramite ticket (se non esenti); possibilità di controllo della spesa tramite definizioni di tariffe e rimborso delle prestazioni tramite definizione delle stesse.

Day surgery – One day surgery: possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici

con assistenza di tipo ospedaliero a ciclo diurno, o con eventuale pernottamento, in pazienti alla quale vengono eseguiti interventi chirurgici in anestesia locale, locoregionale o generale.

Permette di eseguire gli interventi in caso di patologie minori, riducendo le liste di attesa. Il modello assistenziale risulta di pari efficacia al ricovero tradizionale, garantendo continuità assistenziale e riduzione delle complicanze dovute al prolungamento del soggiorno ospedaliero, garantendo anche gli stessi risultati, la stessa qualità e la stessa efficacia clinica.

La possibilità di pernottamento consente di ampliare il numero di interventi trasferibili in day surgery, garantendo sicurezza negli interventi di chirurgia che possono presentare rischi di complicanze emorragiche post-operatorie e consente maggior flessibilità nella scelta della tecnica anestesiológica.

Il rimborso delle prestazioni avviene tramite sistema di tariffa forfettaria specifica per DRG. Tale scelta chirurgica si basa sul criterio economico di: massimo rimborso con minima durata di degenza. Ricordando che nel D.M. 14 dic. 1994, relativo alle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, vengono prese in considerazione le tariffe della Day Surgery nella misura indicativa media del 75% della tariffa del ricovero ordinario.

Ricovero ordinario: il ricovero che prevede una degenza preoperatoria per accertamenti strumentali e di laboratorio, visita anestesiológica e/o consulenze specialistiche, con proseguimento della degenza postoperatoria, sino alla completa ripresa delle normali abitudini di vita. In tale regime vi è la massima assistenza possibile, e la qualità di vita è caratterizzata dal soggiorno in ospedale. Economicamente



tale tipo di ricovero è diventato poco remunerativo dopo l'introduzione del D.R.G., il quale abolisce i rimborsi a giornata di degenza per trasferirli sulla prestazione. Ciò ha contribuito ad accrescere le forme alternative dei ricoveri per gli interventi chirurgici, quali la Day Surgery, One Day Surgery o, nel caso di interventi più complessi o con prevedibili complicanze, quella di attuare la dimissione precoce, detto **Short Stay**.

Cosa significa **Short Stay**? letteralmente vuol dire, stare poco.

Nei dizionari medici (Dizionario di Terminologia Medica, G. Panzeri, ; Dizionario Medico Dompè, ed. Masson; Dizionario di Economia e Sanità, E.D. Ruffino; Le parole della Nuova Sanità di A. Federici) non è presente; probabilmente perché è un termine importato dagli anglofobi.

Per Short Stay si intende la dimissione dei pazienti, dove viene attuata di solito dopo tre giorni dall'intervento, che però non hanno ancora ripreso le normali abitudini di vita. La continuità assistenziale dopo la dimissione e sino alla prima visita di controllo, dovrebbe essere assicurata dal Medico di Base e dal servizio infermieristico domiciliare territoriale.

La riduzione del tempo di permanenza nella struttura, comporta un calo dei tempi di assistenza post operatoria, con conseguente obbligo da parte degli operatori di una adeguata informazione/formazione all'utente e ad un coinvolgimento attivo dei familiari o conviventi.

Occorre individuare le possibili difficoltà che potrebbero impedire l'attuazione di tale forma di ricovero. L'ostacolo può essere di tipo soggettivo od oggettivo (paziente che non è canalizzato, deve mantenere terapia infusione, paziente solo e non in grado di badare a se stesso, familiari non collaboranti). Da non dimenticare l'eventuale impossibilità di rivolgersi al centro dove si è eseguito l'intervento, perché troppo lontano o raggiungibile con difficoltà. La continuità assistenziale sarebbe di competenza del M.M.G e dell'A.D.I., i quali dovrebbero essere a conoscenza di tale nuova forma di ricovero e sulla possibilità che vengano eseguiti interventi chirurgici con dimissioni precoci

ed essere in grado di fornire l'assistenza.

Come nella Day Surgery, anche nel caso della Short Stay si fa ricorso al principio dell'affidamento e di conseguenza, viene da se che le informazioni devono essere erogate da personale sanitario preparato.

Per ottenere un buon risultato occorre che nelle U.O. in cui vengono eseguiti interventi in regime Short Stay, è indispensabile che vengano attuati i profili di cura.

Si è cercato di dare un significato più appropriato alla parola Short Stay, ma per tutti noi il termine "**profili di cura**" ha un significato univoco?

E' indispensabile soffermarci fornendo ulteriori indicazioni, per meglio chiarire il significato: **i profili di cura** vengono definiti come:

"Strumenti per la definizione dei percorsi che il cittadino/utente svolge all'interno dei servizi e tra i servizi del sistema sanitario, per risolvere il proprio problema di salute".

L'Organizzazione Sanitaria, sia a livello centrale che periferica, in questi ultimi anni per svolgere le proprie attività assistenziali, prevede il raggiungimento di obiettivi.

Appare ovvio quindi, che i profili di cura abbiano degli obiettivi, e questi sono:

- ✓ focalizzare l'attenzione dei professionisti sanitari sul cittadino che esprime una domanda di assistenza e sulla soddisfazione della risposta che ne deriva;
- ✓ coordinare ed integrare i professionisti ed i servizi nella risposta sanitaria;
- ✓ identificare correttamente le risorse necessarie per ottenere specifici risultati, evitando gli "sprechi"; a tale proposito è indispensabile rendere misurabili le azioni;
- ✓ rendere trasparente all'esterno il percorso previsto;
- ✓ ottenere percorsi fattibili alla luce delle risorse umane, tecnologiche ed economiche effettivamente disponibili.

In altre parole il profilo di cura indica:

- **"il dove, quando e cosa fare"**: dalla formulazione tempestiva della diagnosi, alle appropriate azioni terapeutiche ed alla gestione del periodo in cui l'utente permane nella struttura sanitaria.
- Concentra l'attenzione sulla dimensione

dell'attività, quale oggetto da gestire, per mantenere maggior controllo sulle cause che determinano i costi (es. riducendo la variabilità del consumo delle risorse economiche per il trattamento della medesima patologia).

- Come migliorare gli aspetti qualitativi, percepiti come rilevanti dal cliente/utente, quali ad es. una tempestiva informazione/comunicazione sul suo trattamento terapeutico.

Appare evidente quindi che i profili di cura sono un'espressione di qualità, che dovranno essere parte integrante del processo continuo di miglioramento dell'erogazione assistenziale. E' ovvio che tale percorso incontra ancora parecchi punti critici e molta resistenza da parte degli operatori coinvolti. La consapevolezza di voler essere coinvolti in un sistema per il miglioramento della qualità, giustifica la gestione dei processi in modo interdisciplinare, riducendo la variabilità dei comportamenti e dei costi non appropriati, coordinando ed integrando i vari **"ATTORI"** del sistema assistenziale, rendendo misurabile e trasparente **"ciò che si fa"** sviluppando processi adattati al contesto aziendale, acquisendo una metodologia di lavoro che consenta di gestire il cambiamento organizzativo che ci attende, secondo principi di efficacia-appropriatezza delle prestazioni sanitarie e di verifica dei risultati.

OBIETTIVI

Per diffondere i profili di cura e assistenza, alcune realtà regionali hanno presentato un progetto che ha la finalità di verificare la qualità dei servizi sanitari (mission) i cui obiettivi sono:

- Verificare la qualità dei servizi sanitari in termini di:
 - Accessibilità
 - Tempestività
 - Integrazione dei macrolivelli assistenziali ospedale/territorio

- Integrazione delle funzioni sanitarie sociali
- Controllo degli esiti
- Soddisfazione dei cittadini/uenti e delle loro famiglie (customer satisfaction)
- Verificare la capacità della metodologia/strumento "profili di assistenza", garantendo la diffusione e l'effettiva applicazione delle migliori evidenze scientifiche (EBM/EBN)

METODI

Impiegare una metodologia di lavoro basata sulle seguenti fasi:

- ❖ Costituzione del coordinamento scientifico del progetto
- ❖ Rassegna della letteratura e delle esperienze nazionali ed internazionali di cura e assistenziale
- ❖ Predisposizione dei criteri per la selezione delle aree di intervento
- ❖ Definizione dei metodi di valutazione dei processi clinici/assistenziali
- ❖ Individuazione dei gruppi di sperimentazione e di controllo
- ❖ Formazione/acquisizione di cultura specifica sulle metodologie di costruzione dei profili di cura
- ❖ Analisi dei risultati



❖ Diffusione dei risultati della sperimentazione.

I risultati attesi del progetto sono:

- ✓ Revisione sistematica della letteratura
- ✓ Rilevazione e monitoraggio dei dati.
- ✓ L'esito della sperimentazione permetterà di monitorare la qualità organizzativa, relazionale e percepita dei profili di cura evidenziati, ed inoltre permetterà l'identificazione delle modalità organizzative e dei percorsi in grado di favorire risultati migliori.

MODELLI

Definiti cosa sono i profili di cura e come si potrebbero attuare, il collegamento con la Short Stay appare molto indicato, specie se vi è anche uno studio di fattibilità teorico/pratica relativo ad un protocollo specifico per l'organizzazione della degenza breve.

Il modello organizzativo ha molte analogie con la DAY SURGERY E LA ONE-DAY SURGERY, in particolare per quanto riguarda la separazione dei flussi (al fine di evitare interferenze con l'attività d'urgenza), il percorso pre-operatorio, la programmazione e gestione delle liste di attesa, così come il sistema degli indicatori di attività.

La week surgery e la short stay (degenza di pochi giorni), potrebbero essere una soluzione ottimale per quasi tutte le chirurgie, facendo però attenzione a non includere patologie che richiedano un periodo prolungato di degenza, ma che si prestano invece all'indice di trasferibilità paragonata alla degenza ordinaria; a quest'ultima, rimangono riservati quei casi che necessitano un'assistenza post-operatoria superiore ai cinque giorni.

La short stay potrebbe essere utilizzata anche per quei pazienti che hanno subito un intervento chirurgico e che necessitano la stabilizzazione dei parametri clinici.

L'attivazione di tale modello organizzativo:

- favorisce l'appropriatezza dei regimi di ricovero
- consente di qualificare l'assistenza infermieristica a parità di risorse
- consente di attivare un'assistenza post

operatoria semintensiva

- permette di realizzare concretamente la diversificazione dell'assistenza per livelli di intensità di cura
- favorisce la qualificazione personale, stimolando la diversificazione dell'attività, l'acquisizione di nuove tecnologie e di conseguenza consente di migliorare la "la clinical competence".

Per ottenere una buona riorganizzazione relativa allo Short Stay è necessario:

- curare l'aspetto organizzativo dei dipartimenti chirurgici
- coniugare la riorganizzazione di assistenza per livelli di intensità con la reale attribuzione di responsabilità
- incentivare le spinte che provengono dall'innovazione tecnologica, con scelte amministrativo/gestionali congrue e coerenti
- favorire il coinvolgimento dei MMG attraverso strumenti adeguati
- promuovere l'informazione e la formazione degli operatori
- definire un sistema che permette un monitoraggio delle attività per la valutazione della qualità
- avviare un sistema di rilevazione dati, maggiormente orientato a misurare gli outcome (prodotto finale).

CONCLUSIONI

Alla domanda **"post-operatorio breve: è possibile?"** si potrebbe rispondere **SI**, anche se occorre verificare nel medio-lungo periodo, il reale grado di utilità della degenza breve. Non bisogna infatti dimenticare che la sanità ed il suo prodotto sono profondamente condizionati da aspetti antropologici che non possono essere dimenticati, come non si deve dimenticare la qualità dell'assistenza e, cosa ancora più importante, abbiamo a che fare con **persone**.

AUTORI

A.F.D. Maria Rosa Basso – ASL 3 - Torino

A.F.D. Rosalia Badagliacca – ASL 4 - Torino

Progetto educazione sanitaria e promozione della salute

di Leda De Santis e Tamara Franza

L'educazione sanitaria è stata definita in modi diversi secondo il punto di vista di chi elaborava la definizione.

Secondo l'OMS (1954), lo scopo dell'educazione sanitaria è di aiutare le popolazioni ad acquisire la salute attraverso il proprio comportamento e i propri sforzi; l'educazione sanitaria si fonda dunque in primo luogo sull'interesse che i singoli manifestano per il miglioramento della loro condizione di vita e mira a far loro percepire tanto come individui, che in quanto membri di una famiglia, di una collettività, di uno Stato, che i progressi della salute derivano dalla loro responsabilità personale.

Seppilli, nel 1972, dichiara che l'educazione sanitaria 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.

Lo stesso autore, nel 1993, definisce l'educazione sanitaria come un processo educativo che tende a responsabilizzare i cittadini - singoli e a gruppi - nella difesa della salute propria e altrui.

L'educazione sanitaria, secondo Smith (1979), è un'attività di comunicazione intesa ad incrementare la salute, ad eliminare i fattori di rischio ed a prevenire le malattie, rivolta a soggetti singoli o ad intere comunità e realizzata influen-

zando positivamente le conoscenze, gli atteggiamenti ed i comportamenti del singolo, della comunità e dei detentori del potere.

L'accento è di volta in volta su tre diversi aspetti: quello filosofico-pedagogico nel quale il centro del processo è la crescita armonica del discente e la trasmissione di valori tra i quali la salute; quello sanitario-conoscitivo per il quale soggetti responsabilizzati della propria salute sono meno malati e consumano meno risorse; quello sociologico politico per il quale l'informazione e la consapevolezza rendono i cittadini in grado di partecipare ai processi decisionali anche in tema di prevenzione.

La polarizzazione delle definizioni verso l'uno o l'altro degli aspetti dell'educazione sanitaria ricordati riflette anche la diversità di figure operative interessate nel processo (operatori sanitari, operatori scolastici, gestori dei servizi sanitari e scolastici). Come pure giustifica alcune delle caratteristiche imprescindibili dell'agire in educazione sanitaria, e diversifica gli obiettivi possibili.

Nel primo tipo di approccio prevale un'accezione dell'educazione come processo di supporto alla crescita di una generazione verso l'altra. E' quello più frequentemente utilizzato nelle iniziative del Ministero della Pubblica Istruzione che si occupa del benessere, del successo formativo, della prevenzione del disagio e della dispersione come già da anni si è occupato dell'educazione alla salute. E'

l'approccio caratteristico dell'educatore insegnante che attraverso l'educazione alla salute - come l'educazione alla cittadinanza, alla interculturalità, alla legalità - valorizza gli elementi costitutivi della persona allievo. La salute viene proposta come un "valore" da perseguire e da rispettare responsabilmente, in modo da sviluppare un atteggiamento di impegno, coinvolgimento, capacità decisionale, rispetto per sé e per gli altri, una "cultura della salute" come formazione e costume personale e sociale. E' evidente in questo tipo di approccio come il progetto educativo sia unico e integrato con il curriculum formativo di base e debba avere l'ampiezza del ciclo scolastico.

Un progetto così definito rischia di comprendere tutto e non contenere nulla, perciò gli obiettivi possibili (all'interno di quello generale di promozione della salute attraverso la limitazione del disagio dovuto alla scuola e l'adozione di comportamenti salubri e positivi) possono essere definiti a partire da un'informazione preliminare dettagliata sulla specifica condizione giovanile nella scuola.

L'approccio sanitario-conoscitivo assume una crescente importanza in rapporto all'andamento dello stato di salute delle popolazioni dei Paesi industrializzati che vedono un quadro nosografico dominato dalle patologie croniche e degenerative, una durata media di vita crescente, uno squilibrio tra domanda di prestazioni sanitarie e risorse per soddisfarle. A fronte di ciò è quindi ragionevole la preoccupazione di evitare o rinviare il più possibile patologie invalidanti attraverso una modifica dei fattori causali connessi, principalmente l'alimentazione, le abitudini nocive, i comportamenti non sicuri.

«E' meglio essere in buona salute che malato o morto. Questo è l'inizio e anche la fine del solo argomento valido per la medicina preventiva» (G. Rose, *Le Strategie della Medicina Preventiva*, 1996).

Il concetto di "salute" si è evoluto fino ad essere definito come uno stato di equilibrio psico-fisico e relazionale che l'individuo deve costantemente costruire con l'ambiente naturale e sociale nel

quale è inserito. Fintanto che gli stimoli esterni non sono tali da compromettere gravemente (o peggio irreparabilmente) l'equilibrio stesso, potrà essere realizzata una condizione dinamica di adattamento continuo alle variazioni ambientali. Quando, invece, l'equilibrio non si ristabilisce prontamente e completamente, si instaura uno stato di malattia, denunciata da sintomi oggettivi e soggettivi (come l'angoscia e il dolore), che esprimono l'alterazione, il turbamento della salute.

Ogni organismo ha dei meccanismi di difesa "spontanea", ma questi hanno dei limiti, e la malattia e la morte stanno a dimostrare che, al di là di quei limiti, le forze difensive naturali non bastano a conservare l'equilibrio-salute. E' necessario, pertanto, conoscere i "rischi" ai quali si è esposti e le possibili difese: è così che l'uomo è riuscito a far fronte agli insulti del clima e alle aggressioni degli altri esseri viventi in competizione con lui, da quelli macroscopici a quelli microscopici anche se ancor oggi si muore di malattie infettive, batteriche, protozoarie, e soprattutto virali, da alcune delle quali ci si difende molto male.

L'importanza di modificare i comportamenti insalubri diffusi nella popolazione è più volte sottolineata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, anche nel progetto Scuola promotrice di salute. Recentemente la Comunità Europea e, in recepimento, il Decreto Legislativo 155/97 prescrive che «d'intesa con il Ministero della Pubblica Istruzione l'educazione per una corretta alimentazione [vada svolta] nelle scuole di ogni ordine e grado nell'ambito delle attività didattiche previste dalla programmazione annuale». Queste indicazioni implicano l'aggiornamento degli insegnanti sui contenuti scientifici e sui metodi didattici specifici e la capacità di integrazione sia in fase di programmazione sia in fase operativa tra istituzioni sanitarie e scolastiche. In questo tipo di attività il fattore tempo giocherà due volte: una prima volta quale parametro condizionante l'efficacia dell'integrazione - l'instaurarsi di un rapporto di fiducia, l'acquisizione

di un linguaggio comune, l'adeguamento reciproco delle modalità operative e dei riferimenti concettuali; e una seconda quale fattore determinante nel conseguimento della modifica dei comportamenti da parte dei discenti.

Il terzo punto di vista trova ampio spazio in tutta la storia antica e recente della pedagogia (A.L. Ferrante, *Educazione e Scuola*, 1994; A. Semeraro, *Il sistema scolastico italiano*, 1996).

J. Dewey (*Il mio credo pedagogico*, 1950) scrive:

«lo credo che:

- la scuola è prima di tutto un'isti-

tuzione sociale. Essendo l'educazione un processo sociale, la scuola è semplicemente quella forma di vita di comunità in cui sono concentrati tutti i mezzi che serviranno più efficacemente a rendere il fanciullo partecipe dei beni ereditati dalla specie e a far uso dei suoi poteri per finalità sociali;

- l'educazione è, perciò, un processo di vita e non una preparazione a un vivere futuro;
- la scuola deve rappresentare la vita attuale, una vita altrettanto reale e vitale per il fanciullo di quella che egli conduce a casa, nel vicinato o nel campo da gioco ...».

Nell'ambito della prevenzione il beneficio atteso dal singolo per un comportamento più salubre è trascurabile, ma un comportamento più salubre generalizzato riduce il peso sociale di alcune patologie. E' il caso del casco per i motociclisti: solo una minoranza esigua di coloro che usa la motocicletta ha incidenti e conseguenze di invalidità o morte, ma la protezione di tutti è necessaria per limitare gli esiti sanitari per quei pochi.

L'insieme delle istituzioni e la comunità nell'affidare alla scuola l'educazione sanitaria, quale parte integrante e non più delegabile della professionalità dell'insegnante, contestualmente costituiscono alleanze educative, investono risorse e progettano di lavorare in rete (L. Ciotti, *Prefazione a Pierino, la scuo-*



la e la salute di F. Bruni e D. Marengo, 1995).

Nell'educazione sanitaria svolta in ambito scolastico i tre aspetti - educativo, sanitario e sociale - coesistono e anzi sono inevitabilmente sinergici sia nella prospettiva dei risultati, sia delle risorse, sia degli approcci metodologici.

Nonostante a tutt'oggi l'educazione sanitaria non abbia trovato nella scuola una normalizzazione, e anzi conservi in molti casi carattere "emergenziale", improvvisato (Ciotti, *op. cit.*, 1995), legato a temi particolari e "a termine", chiari a tutti, a partire dai Ministeri interessati, e ampiamente definiti in letteratura sono gli aspetti metodologici irrinunciabili.

L'esperienza educativa richiede sempre una relazione tra l'individuo e il dato, tra l'individuo e un altro individuo, tra l'individuo e la società o il gruppo sociale di appartenenza.

L'educazione consiste principalmente nella trasmissione per mezzo della comunicazione. La comunicazione è un processo con cui si partecipa l'esperienza, finché essa diventa patrimonio comune. Essa modifica le disposizioni di entrambe le parti che vi partecipano (Dewey, *op. cit.*, 1965).

L'apprendimento è un processo dinamico di interazione, nel quale il comportamento e l'esperienza del discente hanno un ruolo essenziale; il discente non deve solo ricevere, ma portare il suo contributo: la sua percezione del fenomeno è altrettanto importante di quella dei suoi insegnanti.

L'apprendimento è un "fatto personale" (J.J. Guilbert, *Guida pedagogica*, 1981).

L'educazione sanitaria, come ogni intervento di tipo educativo, si fonda sulla comunicazione a più livelli, ed è tanto più corretta ed efficace quanto più i soggetti che la realizzano sono consapevoli dei metodi e dei mezzi propri dei processi comunicativi.

La metodologia generale dell'educazione sanitaria nella scuola prevede quindi una programmazione delle attività di ampio respiro, per l'intero ciclo scolastico, integrata con la formazione curriculare, integrata tra le istituzioni sa-

nitare e scolastiche e la comunità, fondata sull'analisi dei problemi e dei bisogni educativi, che valorizzi e permetta, con tecniche di comunicazione partecipata, ad ogni figura che "abita" la struttura - l'ecosistema scuola - di essere attiva e protagonista con il ruolo che le è proprio.

Il ruolo della Scuola nella promozione della salute appare chiaro se si considera il quadro della condizione giovanile, substrato su cui essa opera: nei giovani il raggiungimento di un equilibrio interiore e con il mondo esterno è un processo quanto mai delicato e complesso, in quanto la fase di evoluzione fisica e psicologica crea problemi di riconoscimento di sé, di comprensione dei mutamenti, di superamento del senso di transitorietà e di incertezza.

L'educazione alla salute aiuta il ragazzo nel processo di identificazione, di costruzione di una immagine di sé, inducendolo ad un atteggiamento positivo di autostima, cioè di apprezzamento delle proprie qualità individuali, premessa importante per un corretto rapportarsi con gli altri.

L'educazione sanitaria in ambito scolastico si propone inoltre di formare i ragazzi alla consapevolezza che la "salute" è in gran parte dipendente dalle scelte che si operano rispetto ai problemi individuali e collettivi, inserendo contenuti didattici specifici nei programmi di attività sia di tipo curricolare che integrativa.

Una campagna di Educazione Sanitaria si attua attraverso l'espletamento di quattro differenti fasi:

• **Fase conoscitiva**

Rilevamento ed analisi dei problemi e dei bisogni.

• **Fase di programmazione**

Definizione delle soluzioni appropriate cioè degli obiettivi.

• **Fase operativa**

Attuazione dell'intervento.

• **Fase valutativa**

Verifica dei risultati raggiunti.

Si è voluto sperimentare un Programma di Educazione Sanitaria ed Edu-

cazione alla Salute presso l'Istituto Magistrale Statale "Isabella d'Este" di Tivoli (RM).

Le varie fasi sono state concordate con il Preside dell'Istituto e con il Collegio dei Docenti attraverso incontri mirati.

Per quanto riguarda la fase conoscitiva è stato effettuato un sondaggio attraverso la somministrazione di un test iniziale per valutare lo stato socio-economico-culturale del campione, nonché lo stato di informazione e conoscenza dei principali argomenti di educazione sanitaria, specie quelli riguardanti i comportamenti a rischio e gli errati stili di vita (alcool - fumo - farmaci) .

Il campione preso in esame è costituito dalle classi III^e dell'Istituto Magistrale Statale "Isabella d'Este" di Tivoli. Prima di somministrare il questionario elaborato agli studenti è stato sottoposto agli insegnanti partecipanti al Progetto per le correzioni e integrazioni e per il parere dei Consigli di Classe.

Dall'elaborazione statistica del questionario è emersa l'esigenza educativa sulla quale è stato elaborato e pianificato il Programma di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute in giornate seminariali di studio che vanno a saturare la fase operativa.

Il questionario è stato utilizzato all'inizio dell'intervento educativo e a conclusione dello stesso. In questo secondo questionario è stata aggiunta una serie di domande relative alla valutazione dell'intervento educativo stesso, sugli aspetti dell'utilità e dell'accettabilità nonché delle modifiche nelle conoscenze e negli atteggiamenti degli allievi .

La programmazione educativa introdotta nella scuola italiana fin dal 1974 (decreto delegato 416), è fondata sui procedimenti scientifici di educazione individualizzata, strutturalmente collegata con la valutazione. Infatti esplicitare e temporizzare gli obiettivi educativi per unità didattiche implica nell'attuazione la verifica formativa, cioè la valutazione del percorso, secondo un ormai classico

procedimento a spirale.

La valutazione, solo occasionalmente viene applicata alle attività di educazione sanitaria.

La valutazione ha come oggetto non solo il raggiungimento degli obiettivi, cioè la dimostrazione di una progressiva acquisizione di comportamenti salubri e sicuri da parte dei discenti, che è senz'altro l'aspetto centrale, ma anche l'impiego delle risorse, la gratificazione delle diverse figure coinvolte, le esternalità positive o negative prodotte, le sinergie attivate.

Le misure di valutazione

La valutazione di efficienza è quella che, sulla base delle risorse impiegate, verifica se il programma è stato realizzato e quali sono stati i risultati ottenuti, cioè gli obiettivi raggiunti:

$$\text{EFFICIENZA} = \frac{\text{Risultati}}{\text{Risorse}}$$



La valutazione di efficacia verifica quali siano stati gli obiettivi raggiunti (= Risultati) in riferimento a quelli prefissati:

$$\text{EFFICACIA} = \frac{\text{Risultati}}{\text{Obiettivi}}$$

La valutazione di pertinenza è quella che verifica se gli obiettivi educativi raggiunti abbiano avuto riscontro in termini di soddisfazione dei bisogni e di riduzione dei fattori di rischio (in termini di salute).

$$\text{PERTINENZA} = \frac{\text{Risultati}}{\text{Bisogni}}$$

La valutazione non si limita alla pura e semplice constatazione ma deve diventare strumento di lavoro. Nel caso dell'educazione sanitaria da essa si può ripartire alla definizione di nuovi obiettivi, di nuovi metodi e addirittura ad una nuova lettura e individuazione dei bisogni. Inoltre, in ambito scolastico, tale circolarità già presentata è legata ai rapporti di progressione tra obiettivi per cui solo la padronanza di un contenuto consente di affrontare la successiva unità didattica.

Un buon processo valutativo è il completamento di una progettualità educativa che parte dalla definizione dei bisogni educativi e dei derivati obiettivi. In base alle risorse disponibili si possono porre obiettivi a vari livelli: il primo e prioritario riguarda il raggiungimento di conoscenze adeguate (*obiettivi conoscitivi*); un secondo livello presente in campagne di educazione ampie e approfondite, riguarda l'adesione a modi di pensare e comportamenti corretti (*obiettivi attitudinali/comportamentali*); il terzo livello, prettamente sanitario, riguarda il raggiungimento di obiettivi di salute, solitamente espressi da indicatori igienico-sanitari (*obiettivi sanitari*: es. riduzione di tassi di mortalità o morbosità alcool-correlati, fumo-correlati, ecc.).

Concludendo si può affermare che un primo risultato della sperimentazione di educazione sanitaria condotta con il pro-

getto "Educazione Sanitaria e Prevenzione della Salute" sta nel dato delle dimensioni e della portata del coinvolgimento della scuola, studenti, insegnanti.

La mobilitazione di questi soggetti ha avuto risonanza, poi, all'interno dell'Istituto scolastico, sia perché la programmazione ha previsto l'approvazione dei singoli percorsi educativi in sede di Consiglio di Classe e di Istituto, sia per attività di respiro più ampio quali le giornate seminariali a tema.

Si è verificata, dunque, accanto alla "messa in opera" del progetto in sé un'azione di sensibilizzazione, attenzione e mobilitazione di un numero allargato di soggetti nei confronti del problema dell'educazione sanitaria e dei temi specifici affrontati.

Anche lo strumento valutativo del questionario, oltre alla stabilita funzione di rilevazione di conoscenze, atteggiamenti e comportamenti sui temi previsti, può essere considerato come un mezzo di richiamo e di "automisurazione" con i problemi sanitari da parte dei ragazzi chiamati a compilarlo.

Una seconda tipologia di risultati che vanno analizzati nello studio della sperimentazione sono quelli della valutazione d'efficacia, i dati cioè relativi proprio alla compilazione al tempo zero e alla fine dell'intervento dei questionari d'ingresso e di verifica in classe da parte degli studenti: si può rilevare globalmente un esito positivo dell'intervento in termini sia di un migliorato bagaglio informativo, sia di un mutato atteggiamento nei confronti dei problemi, sia infine, una più che buona risposta e disposizione del campione alle attività di educazione sanitaria condotte.

AUTORI

DDSI Dr.ssa Leda De Santis
e DDSI Dr.ssa Tamara Franza
Azienda USL RM/G

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

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE: LA CHANCE

L'istituto delle prestazioni aggiuntive degli infermieri è prorogato a tutto il 2004 (DL 355 del 24/12/03, art.16).

Non rappresenta la soluzione definitiva all'emergenza infermieristica. Può costituire però uno strumento valido per affrontare nell'immediato una situazione tanto grave. C'è bisogno della pressione che ognuno di noi può esercitare sulla propria Azienda sanitaria locale, Azienda ospedaliera, Residenza sanitaria assistenziale o Casa di riposo per far sì che tutte le strutture ricorrano alle prestazioni aggiuntive.

Possiamo migliorare le nostre condizioni di lavoro e il servizio che rendiamo ai cittadini.

Possiamo farlo con l'impegno di tutti.

L'inserto

**Viaggio-Studio
in Canada con il
Collegio Ipasvi
di Roma**

30 maggio - 8 Giugno 2004



Viaggio-Studio in Canada con il Collegio Ipasvi di Roma

30 maggio - 8 giugno 2004

di Gaetano Romigi, Laura Sabatino, Alessandro Stievano

Un viaggio “maaaraviglioso”, parafrasando l'idioma italiano di Marcel, la nostra guida olandese, che ci ha accompagnato per gran parte di questo tour che infermieristicamente e paesaggisticamente parlando è stato eccezionale!!!!!!!!!!!!!!

Anche questa volta abbiamo portato a casa tanti ricordi: la natura meravigliosa, l'enorme superficie geografica (il Canada è secondo per estensione solo alla Russia, alcuni suoi punti si trovano alla stessa latitudine dell'Italia centrale mentre altri distano solo 800 Km dal polo nord), il benessere sociale e la qualità della vita di cui godono i suoi 30 milioni di abitanti ma, soprattutto, il ricordo di un paese avanzato per la sanità, il servizio sanitario è sostenuto dalla contribuzione pubblica e alcuni ospedali si avvalgono per il 20% anche di donazioni e lotterie; un paese evoluto anche per l'infermieristica, dove le facoltà di nursing esistono ormai da decenni e si respira un'aria di profondo rispetto per la nostra nobile professione.

Il nostro viaggio ci ha portato a toccare Toronto, nella Provincia dell'Ontario, la capitale finanziaria, commerciale e culturale del paese (non quella amministrativa che è Ottawa), la quarta città nord americana per estensione e Vancouver, nella provincia

della British Columbia, la metropoli più occidentale del Canada, adagiata tra il mare e le montagne, collocata in posizione climaticamente felicissima lungo le coste del Pacifico.

Il nostro itinerario scientifico è cominciato nel migliore dei modi nell'Università di Toronto, dove la splendida preside della facoltà di nursing, Dyanne Affonso, insieme alle sue colleghe Diane Doran ed Edith Hillan, ci ha accolto in modo calorosissimo, nel club dell'Università, tenendo delle relazioni molto interessanti sui contenuti teorico pratici della formazione infermieristica che “*educa dei grandi professionisti con un grande cuore*”, parafrasando una frase di Dyanne Affonso.

Di norma, in tutte le università ca-



Ingresso della facoltà di nursing all'università di Toronto



Il presidente del Collegio Ipasvi di Roma Gennaro Rocco con la presidente della facoltà di Nursing di Toronto Dyanne Affonso.



Foto di gruppo all'interno della facoltà di nursing a Toronto. Accanto al Dr. Gennaro Rocco è presente il console italiano a Toronto che con la sua visita ha onorato ancor di più la nostra giornata di studio.

nadesi, il baccalaureato in nursing (in altre parole la nostra Laurea in Infermieristica) si ottiene con 3-4 anni di studio, un percorso che presenta, però, un drop out elevato; tra i motivi dell'abbandono, si è evidenziata la possibilità di trovare facilmente lavoro, in settori alternativi, meno coinvolgenti dal punto di vista emotivo.

Il metodo che l'Università di Toronto ha messo in atto, per tentare di risolvere il drop out, consiste in un'abbreviazione di corso (circa due anni), per studenti universitari che abbiano già una laurea o ab-

biano fatto almeno due anni di formazione in altri corsi di laurea affini (Medicina, Odontoiatria, Fisioterapia, Sociologia, etc.), oppure che abbiano già il titolo di Registered Nurses ma che vogliono intraprendere percorsi di carriera; tale abbreviazione è pensata anche per quegli studenti che hanno un basso livello di outcome occupazionale nel loro primo campo d'interesse, infatti, anche per questo, sta avendo un'attenzione crescente, con un drop out al di sotto del 5%.

Il programma iniziato con circa 30 studenti nel 1997, nel 2001 ha accolto, più o meno, 60 studenti, nel 2003 intorno ai 130, ed ora, nel 2004, 158; una scelta dell'Università di Toronto, quindi, che permette di recuperare laureati sottoccupati nel mercato del lavoro. Questa scelta, ha il vantaggio di includere nella categoria infermieristica, persone che hanno una cultura di base elevata, sulla quale innestare i saperi infermieristici; ciò va a tutto vantaggio sia della performance degli infermieri, sia del successo delle strutture sanitarie, che in Canada offrono un servizio pubblico, nonché della considerazione sociale che in questo paese è attribuita alla professione.

Altri corsi offerti, sono i master in: *nursing administration*, *nursing clinico* con conseguenti specializzazioni in nursing di comunità, psichiatria, salute delle donne e assistenza alle cronicità degli anziani (geriatria) e in *nursing practitioner*.

Il *nurse practitioner*, è un infermiere esperto che acquisisce una formazione specifica, ha competenza nel promuovere stili di vita sani, quindi, nella prevenzione delle malattie ma anche nell'assistenza degli esiti cronici delle patologie. Lavora con tutti gli operatori sanitari in team per

promuovere la salute dell'individuo, sia in ospedale sia nel territorio. La vastità del territorio canadese e la distribuzione della popolazione, collocata a distanze notevoli dai centri urbani, così come la recente carenza del personale medico, ha reso l'istituzione di questa figura indispensabile e ora il suo ruolo funge da "collante" non solo nell'assistenza a domicilio ma anche negli ospedali, dove ha la funzione di care manager e di leader nei confronti di altri infermieri non specializzati e del personale di supporto. Come nei paesi europei, anche il Canada soffre della carenza infermieristica, ed i motivi non sono certo economici. Tra le sue funzioni, il *nurse practitioner*, specialmente nelle realtà rurali e montane, prescrive alcuni test diagnostici e farmaci, secondo protocolli prestabiliti. Nei casi in cui i medici non sono concordi



Foto di gruppo a Toronto.

sulle prescrizioni farmacologiche effettuate dal *nurse practitioner*, la decisione del medico prevale, in quanto ricade su di lui la responsabilità finale della scelta terapeutica. È da sottolineare che ciò non pone l'infermiere in condizioni di subalternità poiché, a detta della stesse infermiere, prevale lo spirito del lavoro di équipe.

Nell'Ontario, il *nurse practitioner*, quindi, opera principalmente in ambienti urbani e rurali, in residenze assistenziali per anziani, per la salute delle donne ma

trova il suo spazio anche in cardiologia, in oncologia, in neurologia, in nefrologia, in ortopedia, in terapia intensiva pediatrica, in geriatria, nella gestione di ferite e ulcere da pressione, nell'assistenza al dolore acuto e cronico, nella salute mentale, etc. e ha una forte autonomia decisionale. Il programma formativo per *nurse practitioner* di quest'ateneo è focalizzato soprattutto sull'*acute care*, differenziandosi sotto questo aspetto dall'università della British Columbia che abbiamo visitato in seguito.

Questa figura che è diffusa anche nei paesi anglosassoni, è in sostanza sconosciuta in Italia, dove è difficile prevedere un'evoluzione simile, perché il nostro, è l'unico paese al mondo dove il numero dei medici è superiore a quello degli infermieri, sebbene le persone abbiano molto

bisogno d'assistenza infermieristica qualificata e diretta, soprattutto se pensiamo al trend demografico che vede l'incremento esponenziale della popolazione anziana.

Sicuramente, un punto di forza della professione infermieristica canadese, è la formazione dei professionisti nelle facoltà di nursing che sono indipendenti da quelle di medicina.

Altro corso di formazione, offerto dall'università di Toronto, è il PhD in nursing, vale a dire il dottorato di ricerca, che dura 4 anni, richiede la frequenza a tempo pieno e l'elaborazione di una proposta di ricerca infermieristica, per la tesi finale, a circa 18 mesi dall'inizio del corso.

Dopo l'Università di Toronto abbiamo visitato la RNO (Registered Nurses Association of Ontario), l'equivalente del nostro Collegio Professionale, dove la Presidente dell'Ordine degli infermieri, Doris Grinspun, ci ha illustrato il sistema sanitario canadese, parlandoci del nursing in Canada, delle sue sfide, della realtà politica e delle strategie che supportano lo sviluppo della professione infermieristica.



Incontro alla Rnao: saluto di benvenuto tra il Presidente del Collegio Ispavi di Roma Gennaro Rocco e la Presidente dell'ordine degli infermieri dell'Ontario Doris Grinspun.



Foto di gruppo all'esterno del Sick Children Hospital di Toronto.

Merita attenzione l'esame di stato, che in Ontario si fa presso la RNAO, dopo aver superato quello finale all'Università, mentre in Italia le due modalità, almeno per l'infermieristica, sono congiunte.

La RNAO con i suoi 22.000 infermieri è l'ordine provinciale più grande facente parte della CNA (Canadian Nurses Association) che rappresenta tutti gli infermieri di tutte le provincie canadesi.

Particolari iniziative della RNAO sono lo sviluppo di linee guida infermieristiche, utilizzate in tutto il Canada, di programmi di orientamento alla professione infermie-

ristica in tutte le scuole di ogni ordine e grado, di programmi di consulenza legale.

Il nostro percorso nell'infermieristica canadese, è proseguito fino a raggiungere uno dei migliori ospedali pediatrici del mondo: il Sick Children Hospital (HSC). Per noi tutti è stato come fare un salto nel futuro ma anche tornare un po' bambini per l'atmosfera così "poco ospedaliera" e molto "famigliare". Il bambino e la sua famiglia sono posti al centro delle attenzioni infermieristiche e mediche, nel rispetto manifesto della sfera emotiva, per cercare di alleviare il più possibile le sofferenze, garantendo la migliore assistenza. Abbiamo potuto incontrare colleghi esperti, approfondire i modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica utilizzati in Canada, confrontando le nostre esperienze italiane... e comprare gadget infermieristici nei vari negozi presenti all'interno dell'ospedale!

Il Sick Children Hospital è uno dei più grandi centri pediatrici al mondo con i suoi 325 posti letto, 45.000 accessi/anno in pronto soccorso e 27.000 ricoveri/anno; conta al suo interno 4750 dipendenti di cui ben 1400 infermieri e circa 580 medici, che assistono una popolazione di oltre 300 bambini diversi per origine, cultura, estrazione sociale, i quali presentano severi problemi di salute per le cause più disparate. La ricerca, a tutti i livelli, occupa un posto di privilegio, se si pensa che 1500 persone vi sono a vario titolo coinvolte.

Assistere questi bambini e i loro genitori richiede grande esperienza tecnica e relazionale, capacità di giudizio clinico, coraggio e integrità morale. Le "nurses" dell'HSC coltivano queste qualità, grazie ad ambiziosi programmi di ricerca, aggiorna-

mento e miglioramento professionale continui.

L'HSC, come ospedale pediatrico, nasce nel lontano 1875, grazie all'iniziativa di un gruppo di donne di Toronto guidate da Elizabeth McMaster che affittano 11 stanze per l'accettazione di "bambini malati"; nel 1876 in seguito all'aumento della domanda di servizi, l'ospedale si trasferisce in un edificio più grande. Nel 1918 nasce all'interno dell'HSC il primo Laboratorio di Ricerca Nutrizionale e negli anni 60 viene attivata una delle prime unità di terapia intensiva del Nord America dedicata esclusivamente all'assistenza di neonati e prematuri critici. Nel gennaio del 1993 nasce l'ultima versione dell'HSC con l'apertura dell'Atrium, nuova ala, progettata dall'associazione Eberhard Zeidler di Robert Zeidler.

Ritenendo che la luce fosse importante per il benessere psico-fisico della persona, Zeidler ha progettato l'edificio dividendolo in nove piani, perimetrati da pareti di vetro per far entrare tanta luce naturale.

L'ospedale è stato costruito e si mantiene grazie, in parte ai fondi pubblici, in parte ai fondi dei contribuenti, della Fondazione HSC e di altri donatori.



L'atrio di ingresso del Sick Children Hospital.

La maggior parte dei pazienti ha la propria stanza, con servizi igienici comprensivi di servizio di lavanderia, un locale deposito e un letto per il genitore che permane in stanza durante la notte.

In questa veste assai confortevole ed accogliente per i piccoli pazienti, l'ospedale è anche una sorta di grande centro commerciale, dove il ricavato delle vendite, grazie all'opera dei volontari, diviene occasione per ampliare le entrate a favore della struttura integrando quelle pubbliche.

Nel corso del "tour hospital" è stata organizzata una tavola rotonda che ha visto la partecipazione di alcune "nurse executives" (corrispondenti ai nostri Responsabili dei Servizi infermieristici e delle diverse aree dipartimentali in Italia) tra cui Miss Mary Jo Haddad. Mary Jo che ci ha illustrato la "mission" dell'HSC che è quella di fornire un'assistenza "family-centered", condurre programmi di miglioramento scientifico e clinico, e preparare le prossime future generazioni di infermieri specializzate nel nursing pediatrico (education).

Il Nursing "family-centered" si caratterizza per



Simpatiche figure allietano il soggiorno nell'atrium del Sick Children Hospital.



Un'alce colorata e giocosa presidia l'entrata del Sick Children Hospital

un'alta attenzione e sensibilità alle necessità fisiche, spirituali ed emotive della comunità multiculturale; leadership e responsabilità professionale rappresentano i cardini individuali alla mission dell'HSC.

Con la ricerca invece si vuole costruire un programma culturale ricco di scoperte e di progressi che fornisca gli strumenti per sostenere gli individui e le diverse équipes nel raggiungimento dei loro obiettivi.

I programmi educativi e formativi sono realizzati grazie alla stretta collaborazione con le Università e soprattutto con la facoltà di Nursing in Toronto ed altre associazioni; l'obiettivo è quello di condividere con altri lo sviluppo della ricerca e dei programmi d'istruzione oltre l'HSC.

Aggiungeva ancora Mary Jo : *"Un uso efficiente delle risorse e l'autonomia economica sono essenziali nella realizzazione della nostra mission; schieriamo le nostre risorse efficacemente ed efficientemente a tutti i livelli nell'organizzazione"*.

Ecco alcuni dati interessanti sulla struttura e sulla popolazione infermieristica forniti:

- L'Ospedale ha 3 grossi Dipartimenti o aree con ben 19

specializzazioni al loro interno;

- Vi sono anche ben 18 camere operatorie che eseguono circa 18.000 interventi chirurgici/anno, 2 servizi di emodinamica, 3 tac;
- Nell'Ospedale vi sono circa 1400 infermieri, di cui 1000 a tempo pieno, con un'età media di 37 anni (la media nazionale è di 27 anni);
- Attualmente vi è un 8% di turnover di personale contro anche il 15% del passato e contro il 20% degli USA;
- Vi sono circa 60 infermieri distribuiti nei vari reparti e servizi dell'Ospedale che hanno seguito il percorso complementare di *"nurse practitioner"* di durata biennale e rappresentano gli infermieri *"esperti clinici"*;

- Il 68,9% delle spese per i salari dei dipendenti sono assegnate agli infermieri;

Gli infermieri hanno a disposizione il **"Nursing practice council"** vale a dire un monte ore previsto e programmato all'interno dell'orario di servizio in cui tutti gli infermieri, a rotazione, sono coinvolti in gruppi di lavoro sulla pratica clinica e sullo sviluppo dell'EBN;

Ogni anno, grazie ad appositi fondi, viene messo a concorso 1 posto per la ri-



Vista panoramica della città di Toronto dalla CN Tower.



L'università della British Columbia a Vancouver.



Il gruppo di studio attende le conferenze alla British Columbia University.

cerca infermieristica nel settore pediatrico;

Alcuni infermieri, circa una trentina, impegnati attivamente nella formazione di base e complementare, alternano periodi di pratica clinica a periodi di attività in ambito educativo e formativo, allo scopo di mantenere uno stretto legame con la pratica clinica stessa e non perdere le manualità acquisite e l'importante contatto con l'assistenza diretta ai bambini

Dopo una visita interessantissima al Mount Sinai Hospital, dove ci hanno presentato un programma on-line per la gestione delle cure palliative infermieristiche a domicilio, tramite il Centre for global e-health innovation, la città di Toronto si è

mostrata in tutta la sua bellezza dalla CN Tower, l'edificio più alto del mondo (533 metri).

Dopo un ultimo saluto alla splendida città, adagiata sul Lago Ontario, siamo partiti per Vancouver, una città vivace, distesa su una penisola abbellita da ben 144 parchi, che ci ha accolto con tutta la sua magnificenza esaltata da un clima piacevole, decisamente inaspettato.

Anche l'Università della British Columbia non ha deluso le nostre aspettative. All'interno della facoltà di nursing abbiamo ricevuto una serie di lezioni veramente illuminanti.

Dopo il saluto della *Dean* della facoltà di nursing, Sally Thorne, che ci ha illustrato gli 85 anni della scuola di nursing alla University of British Columbia, ci è stato presentato, anche qui, il nuovo programma master per *nurses practitioner*, che però in questa università è più incentrato sulla *primary care* della durata di due anni, a tempo pieno, che può essere scelto da infermieri con baccalaureato, con esperienza clinica di almeno due anni; il corso formativo è offerto nel campus

con tirocinio pratico in setting assistenziali differenziati.

Marion Clauson e da Ann Hilton, due colleghe infermiere che lavorano come coordinatrici nel corso di laurea in infermieristica, ci hanno illustrato approfonditamente i programmi del baccalaureato e del master in *nursing science*.

Tra gli obiettivi dichiarati di questo master abbiamo:

1. Promuovere lo sviluppo e la gestione dell'assistenza di comunità per un target di popolazione specifico.
2. Sintetizzare la conoscenza dalle altre discipline sanitarie per migliorare la qualità dell'assistenza.

3. Applicare la conoscenza derivata dalla ricerca e dall'evidence based nursing.
4. Interpretare i risultati della ricerca infermieristica per l'avanzamento della scienza del nursing.
5. Dimostrare abilità per comunicare idee assistenziali chiaramente e logicamente.
6. Sviluppare, promuovere e valutare schemi di pratica professionale per rispondere alla sempre dinamica domanda assistenziale.
7. Esaminare criticamente le implica-

zioni sociali nell'esperire il nursing.

8. Dimostrare leadership e competenza professionale nei ruoli organizzativo decisionali nel nursing.

La giornata è proseguita con un tour nella facoltà di nursing seguita da una esaustiva relazione, tenuta dalla Dr.ssa Joy Johnson (nurse con PhD advisor) che ci ha illustrato il programma di dottorato di ricerca nella UBC.

Il philosophy doctor fu iniziato 10 anni orsono e i vari campi di ricerca in cui ci si può specializzare sono:

- La gestione assistenziale delle patologie croniche.
- La comunicazione assistenziale tra team sanitario e paziente.
- La promozione della salute e la prevenzione delle malattie, ad esempio sviluppando interventi per la prevenzione del tabagismo nella popolazione o stressando l'importanza del nursing nelle donne in gravidanza, nella famiglia e nella comunità estesa.
- Il nursing transculturale, con particolare attenzione alla diversità culturale di cui è ricchissima la società canadese.
- Il nursing management.
- La storia del nursing nel mondo.

Il periodo di formazione per ottenere il dottorato di ricerca a tempo pieno dura circa 4 anni ma la media di completamento del corso è di 5 anni. Ogni anno vengono ammessi al corso tra i 4 e i 5 studenti ed è completamente gratuito, giacché lo Stato canadese finanzia i progetti di ricerca nei campi sopraelencati.

Alla fine della giornata, ci ha illustrato le iniziative politiche per favorire la crescita della professione infermieristica, la Direttrice del Collegio provinciale della British Columbia (RNABC) Jo Wearing. Con simpatia ci ha spiegato



Incontro di benvenuto all'interno della facoltà di nursing della British Columbia University.



Splendida vista della città e dell'eliporto del Vancouver General Hospital dalle unità operative del nosocomio.



Conferenza con le infermiere nurse practitioner del Vancouver General Hospital.



Incontro di studio al Vancouver General Hospital.



Foto di gruppo al Vancouver General Hospital.

che l'esame di certificazione per esercitare la professione dei 30.000 infermieri nella British Columbia, come in tutta la nazione, avviene ogni anno. Inoltre, ha sviscerato in profondità l'annoso fenomeno della mancanza infermieristica che si sta cercando di arginare con varie politiche tra cui quella dell'inserimento d'infermieri provenienti da vari contesti internazionali (Usa, Filippine, Australia, etc.).

Dopo una breve visita alla fornitissima biblioteca dell'università ci siamo diretti verso la nostra ultima tappa il General Hospital di Vancouver dove la dirigente infermieristica dell'ospedale ci ha illustrato il funzionamento del dipartimento infermieristico, la gestione del personale, il sistema di qualità infermieristico e l'organizzazione dell'assistenza. Non poteva mancare un corposo tour all'interno delle varie unità operative del nosocomio.

Dopo una visita alla Grouse Mountain che domina la città di Vancouver e allo Stanley Park con i suoi inconfondibili totem, re-taggio di un passato ancora vivo nelle tradizioni autoctone, siamo tornati con un po' di rimpianto ma contenti al nostro lavoro quotidiano, consapevoli che lo sforzo comune di tutti gli infermieri verso una maggiore qualità dell'assistenza possa portare a risultati ragguardevoli come quelli raggiunti nella terra il cui simbolo è la foglia d'acero (maple leaf).

AUTORI

*Gaetano Romigi
Laura Sabatino,
Alessandro Stievano*

Ecco il testo della missiva che Dyane Affonso, Preside della Facoltà di Infermieristica dell'Università di Toronto, ha trasmesso al Presidente del Collegio IPASVI di Roma in risposta alla lettera di ringraziamento per la straordinaria ospitalità riservata al gruppo di studio del Collegio.

*Caro Dottor Rocco,
sono profondamente commossa dal calore e dalla cortesia espressa nella
Sua lettera.*

In questi ultimi anni ho avuto modo di apprezzare a fondo gli infermieri italiani per il modo in cui stanno sviluppando l'assistenza infermieristica, i processi formativi e la ricerca condotta attraverso idee innovative. Ammiro e sostengo la vostra leadership nel far progredire il nursing, sia in Italia che in Europa attraverso l'UE.

Sono perciò disponibile per qualunque contributo utile a rendere vincente la vostra visione del nursing, per collaborare con il Suo Collegio e con i colleghi per migliorare il nursing nel segno del bene comune.

Sono felice nell'apprendere che il tempo trascorso insieme all'Università di Toronto sia stato piacevole e costruttivo per la vostra delegazione.

Qualunque sarà in futuro il mio ruolo nel nursing canadese, mi adopererò per coltivare la nostra collaborazione affinché ne possano beneficiare non solo gli infermieri, ma anche i nostri rispettivi Paesi. Ho vissuto esperienze meravigliose in quel meraviglioso Paese che è l'Italia, con Lei e tutte le colleghe, fra gente che è sicuramente tra le più nobili del Pianeta.

Provo grande gioia ogni volta nel ritrovare Lei e i colleghi italiani. E nel nostro mondo professionale non c'è felicità più grande di quella che si ricava dall'amicizia e dallo stare bene insieme.

Aloha

Dr.ssa Dyane Affonso

Pubblichiamo la lettera ricevuta dal consolato d'Italia di Toronto che, presente nella figura del Vice Console d'Italia Dott. Riccardo Zanini in risposta alla lettera di ringraziamento inviata da questo Collegio per l'accoglienza che il Consolato ha riservato alla nostra delegazione in visita ufficiale presso l'università di Toronto.

*Sig. Presidente
D.A.I. Dottor Gennaro Rocco
Collegio IPASVI Roma*

*Chiarissimo Professore,
La ringrazio per le amabili parole che Ella ha voluto rivolgermi.
Le assicuro che per me è stato un vero piacere fare la Sua conoscenza ed incontrare la Delegazione da Lei guidata.
Le confesso che ho provato viva soddisfazione nel constatare con quanta stima e con quanto rispetto siete stati ricevuti dalla Decano dell'Università di Scienze Infermieristiche dell'Università di Toronto, Dott.ssa Affonso.
Posso dire con una punta di orgoglio che, nel corso dei Vostri numerosi incontri, avete dato un segno significativo del livello di specializzazione raggiunto in Italia e, soprattutto, dei valori morali ed umani cui i Nostri infermieri si ispirano, nel loro quotidiano, difficile, arduo compito.
Desidero esprimere pertanto il mio più vivo compiacimento a Lei, getile Presidente, ed ai Suoi infermieri, per aver lasciato un ricordo indelebile, una testimonianza esemplare di altruismo, di generosità, di dedizione, di vera formazione professionale.
Mi è gradita l'occasione, esimio professore, per rinnovarLe i sensi della mia profonda stima ed vivissima considerazione.*

*Suo
Dott. Riccardo Zanini
Vice Console d'Italia a Toronto*

Il gruppo di infermieri che ha partecipato al viaggio di studio in Canada 2004 è veramente orgoglioso di aver testimoniato e rappresentato il nostro Paese e gli infermieri Italiani presso una delle Università di Scienze Infermieristiche che nel panorama mondiale è e resta un punto di riferimento per tutti noi.

Gestione infermieristica del paziente multidisciplinare

di Fabio Procacciante, Giulia Diamantini e Riccardo Mercuri

PREMESSA

La patologia oncologica è attualmente stimata come la seconda causa di morte nel mondo occidentale, preceduta solamente dalle malattie cardiovascolari. Questo dato è tanto evidente se si considera che 1 uomo ogni 250 ed una donna ogni 300 ammalano annualmente di tumore.

I pazienti oncologici devono ricorrere a ripetute visite mediche e ricoveri ospedalieri nel complesso iter diagnostico-terapeutico che la loro malattia richiede.

Le procedure diagnostiche sono di norma numerose e sequenziali così come i trattamenti terapeutici che coinvolgono diverse discipline specialistiche per cui possiamo definire tali pazienti *multidisciplinari*.

Un buon risultato terapeutico dipenderà quindi dalla possibilità di integrare, nel miglior modo e nel minor tempo possibile, i vari passaggi che ciascun paziente deve percorrere.

La presenza di numerosi referenti rischia però di rendere il percorso difficile da identificarsi ed il paziente lasciato a se stesso può disorientarsi, con il rischio di tralasciare steps importanti o di prolungare i tempi per conseguire il risultato ottimale.

E' pertanto necessario identificare una figura unica di riferimento che funga da raccordo fra il paziente, i medici e le strutture sanitarie, cui sia affidato il compito di pianificare e coordinare i vari

percorsi. Tale compito può essere sicuramente svolto, nell'ambito di una *struttura operativa* appositamente costituita, da una **figura infermieristica** che, specificatamente preparata, possa svolgere nel modo più appropriato e competente questo delicato compito organizzativo.

L'INFERMIERE COORDINATORE

Già al momento della diagnosi si profila un ventaglio multidisciplinare che comprende il *laboratorio chimico-clinico* per le analisi del sangue, il *reparto radiologico* per le indagini strumentali di imaging (ECO, TAC, RMN, ecc.) ed il *laboratorio di anatomia patologica* per la lettura dei prelievi biotipici. (Vedi Schema 1)

Ogni singolo risultato costituisce la premessa per l'indagine seguente e la loro successione deve essere continuamente programmata ed aggiornata.

L'attuale corso di laurea in *Infermieristica* forma figure professionali con un ampio bagaglio di conoscenze tecniche ed umane che le rende particolarmente idonee per questo delicato compito. (Vedi Schema 2)

COMPITI DELL'INFERMIERE COORDINATORE

All'inizio il ruolo dell'**infermiere coordinatore** sarebbe quello di acco-

gliere i pazienti che si rivolgono alla *struttura operativa* pianificando l'iter diagnostico-terapeutico e preparandoli allo svolgimento dell'intero percorso.

Dopo aver raccolto su terminali i dati anagrafici del paziente e la documentazione sanitaria già acquisita, l'infermiere dovrebbe prenotare la prima visita specialistica pianificando gli accertamenti successivi.

Terminata la fase diagnostica, si preoccuperà di prenotare le strutture necessarie a svolgere i momenti successivi della procedura, ivi compreso il ricovero nel reparto prescelto: chirurgico, radioterapico od oncologico.

Nel momento del ricovero l'**infermiere coordinatore** che aveva la funzione di referente per il paziente, provvederà a farlo accompagnare da una scheda clinica, completa di tutti gli accertamenti effettuati, in modo da evitare inutili ripetizioni e fondamentalmente adoperandosi per ridurre i tempi dei successivi ricoveri.

In ogni momento di questo percorso, considerata la particolare delicatezza della situazione, taluni pazienti potrebbero necessitare di uno **psicologo** per fornire il *sostegno psicologico* che consenta di affrontare al meglio la gestione di una malattia a prognosi grave.

Molti dei pazienti oncologici inoltre, sia a causa della malattia, sia per l'età avanzata, sia per gli effetti collaterali delle terapie alle quali sono sottoposti, nonché per una possibile anoressia psico-reattiva, potrebbero trarre giovamento da una integrazione alimentare da concordare con il **nutrizionista**.

In alcuni casi un ulteriore ausilio potrebbe venire offerto da un consulente **fisiatra** per un più completo recupero delle funzioni motorie dei distretti interessati.

In ognuna di queste evenienze sarebbe sempre compito dell'**infermiere coordinatore** organizzare la consulenza con i singoli specialisti in modo da garantire la continuità e il coordinamento delle procedure.

Tra i presidi terapeutici, come primo possibile atto, vi è l'intervento chirurgico. Esso assolve una duplice fun-

zione: la *rimozione del tumore*, nonché la definitiva *stadiazione anatomo-patologica* della malattia, da cui dipende una eventuale integrazione terapeutica, *radioterapica* o *chemioterapica*, o l'associazione delle due.

In questa evenienza l'infermiere predisporrà i successivi ricoveri presso i reparti competenti dove il paziente completerà l'iter terapeutico.

Qualora invece il paziente dovesse affrontare fin dall'inizio un ciclo di *radioterapia*, l'**infermiere coordinatore** contatterà direttamente quel reparto per organizzare l'eventuale ricovero o programmare gli appuntamenti per le successive sedute di *terapia radiante*, in caso fosse possibile eseguirla in regime ambulatoriale. Analogo compito qualora al paziente venisse inizialmente prescritta una *chemioterapia*.

Completata la fase terapeutica il paziente verrà avviato al **follow-up**, definibile come un insieme di controlli di laboratorio e strumentali, finalizzati a monitorare le condizioni di salute e a rilevare precocemente l'insorgenza di possibili recidive. L'intervallo di tempo tra un controllo ed il successivo dipenderà dallo stadio della malattia e dalle terapie effettuate dal paziente. (Vedi Schema 3)

Qualora invece fosse accertata una recidiva, si dovrà ripetere l'iter già indicato per le fasi iniziali.

CONCLUSIONI

Con il progredire delle conoscenze, specie nel campo medico, si è verificata necessariamente una parcellizzazione delle specialità.

I medici hanno competenze sempre più approfondite di settori sempre più ristretti, con difficoltà a comunicare tra di loro.

Si sente così, sempre più forte, l'esigenza di *figure di raccordo* che da un lato facciano da collegamento tra i vari specialisti e dall'altro facilitino e umanizzino la esecuzione delle prescrizioni degli specialisti da parte delle strutture sanitarie preposte: ambu-

latori, reparti di degenza, consulenti. (Vedi disegno 1).

Tale esigenza è particolarmente sentita per i pazienti oncologici multidisciplinari, in quanto l'iter diagnostico-terapeutico è spesso complesso, con momenti terapeutici multipli in cui è facile perdersi.

L'**infermiere laureato**, con la sua preparazione pratica e l'ampio ba-

gaglio di conoscenze tecniche ed umanistiche, può diventare il referente ideale per gestire le diverse procedure mediche, in maniera da avere un quadro aggiornato della complessa situazione di tali pazienti e predisporre le fasi successive.

Questa innovativa impostazione, garantirebbe la corretta successione dei diversi momenti, eviterebbe dannose

Schema 1

ITER DIAGNOSTICO

- ESAMI DI LABORATORIO (Sangue – Urine – Feci)
- INDAGINI STRUMENTALI DI IMAGING (Ecografia – TAC – RMN – Scintigrafia)
- BIOPSIE (Esame citologico – Esame istologico)

Schema 2

INFERMIERE COORDINATORE

- Con laurea in INFERMIERISTICA
- Con conoscenze TECNICHE ed UMANISTICHE
- Con capacità di approccio PSICOLOGICO

Schema 3

ITER DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO

ACCETTAZIONE	Accoglienza del paziente e raccolta dei dati anagrafici e della documentazione sanitaria su terminali
PREOSPEDALIZZAZIONE	Per le indagini diagnostiche
REPARTO ONCOLOGICO	Per la programmazione dell'ITER TERAPEUTICO
REPARTO CHIRURGICO	Per programmare l'intervento chirurgico
REPARTO ANATOMO PATOLOGICO	Per la STADIAZIONE
DAY-HOSPITAL ONCOLOGICO	Per "riprogrammare" l'ITER TERAPEUTICO ed eventuale CHEMIOTERAPIA
REPARTO RADIOTERAPICO	Per organizzare il trattamento
LO PSICOLOGO e LA RIABILITAZIONE	Per il recupero psico-motorio
IL NUTRIZIONISTA	Per i pazienti in stato di denutrizione
REPARTO ONCOLOGICO	Per l'assegnazione del FOLLOW-UP
FOLLOW-UP	Per il controllo periodico di eventuali recidive

perdite di tempo e terrebbe conto anche dell'aspetto umano che rischia altrimenti, di essere completamente tralasciato. Tutto ciò al fine di ottenere il miglior risultato possibile non solo per prolungare la quantità di vita, ma anche per ottimizzarne la qualità.

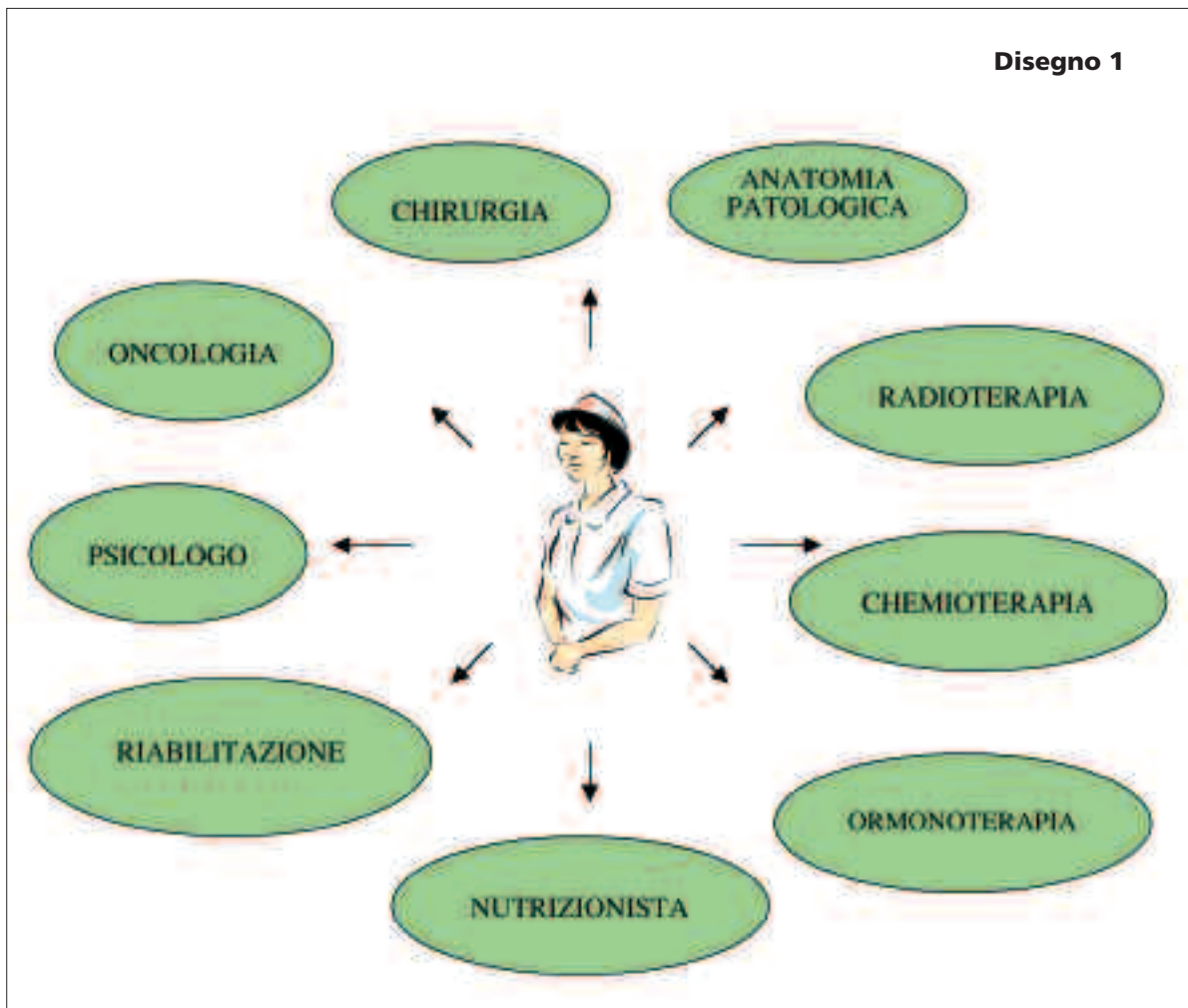
AUTORI

Fabio Procaccianti
Presidente del corso di Laurea
e Relatore della Tesi

Giulia Diamantini
Docente nel corso di Laurea

Riccardo Mercuri
Laureando

Disegno 1



Il Triage ospedaliero effettuato in pronto soccorso per utenti gravide con problematiche ostetrico-ginecologiche

di Antonietta Salvatore e Cristian Vender

PREMESSA

La necessità di assistere in tempi rapidi persone con priorità medico-assistenziali di urgenza ed emergenza rispetto alla maggioranza degli utenti che afferiscono nei pronti soccorsi con problematiche differibili, ha determinato l'utilizzo di uno strumento regolamentato dalle normative del nostro paese, chiamato triage.

Il termine "triage" deriva dal francese "trier" e significa scegliere, definire delle priorità di soccorso per quanto riguarda l'ambito sanitario.

In tutta Europa e in particolare in Italia, le ultime vicende di attentati terroristici e di pericolo di maxiemergenze hanno contribuito ad accelerare il processo di formazione del personale sanitario addetto al soccorso extra e intra ospedaliero, e a definire delle procedure ben precise di triage al fine di permettere il soccorso più rapido ed efficace possibile, riuscendo a salvare e ad evacuare il maggior numero di vittime dal luogo del disastro.

DEFINIZIONE E MODALITÀ DI ESECUZIONE DI TRIAGE OSPEDALIERO

Il triage che viene eseguito da personale infermieristico all'interno dei pronti soccorsi dei D.E.A. ha lo scopo di

assegnare a tutti gli utenti che chiedono prestazione medico-assistenziali un codice di priorità di accesso nelle sale visita dove l'utente verrà preso in carico allo scopo di risolvere il suo problema sanitario.



L'obiettivo è quello di garantire prestazioni immediate agli utenti in pericolo o possibile pericolo di vita e stabilire quindi chi deve essere soccorso per primo.

Alla maggioranza degli utenti che accedono in p.s. per problematiche non urgenti ma differibili, lo scopo del triage è quello di dare comunque delle risposte risolutive al problema sanitario dopo la presa in carico dell'ospedale dei casi più urgenti, e indirizzando gli utenti con problematiche differibili in percorsi alternativi all'utilizzo a volte sconsigliato del pronto soccorso.

L'assegnazione del codice di priorità, da parte del personale infermieristico, nasce da un vero e proprio "processo decisionale" a carico esclusivo e sotto la responsabilità anche normativa, di personale infermieristico preparato a questo delicato compito.

Il processo decisionale di triage è



formato da quattro momenti:

valutazione "sulla porta": Identificazione immediata da parte dell'infermiere di quei pazienti le cui condizioni richiedono interventi immediati. Si prendono in considerazione: l'aspetto generale, la pervietà delle vie aeree, il respiro, il circolo, lo stato di coscienza.

valutazione soggettiva: Identificazione del sintomo principale, modalità di infortunio e/o malessere, valutazione del grado di dolore e altri sintomi.

valutazione oggettiva: Parametri vitali, obiettività riscontrata, anamnesi.

decisione di triage: Effettuare una corretta diagnosi infermieristica prendendo in considerazione le valutazioni precedenti e quindi assegnare un codice colore di priorità.

ASSEGNAZIONE DEL CODICE COLORE DI PRIORITÀ

L'assegnazione di un codice colore di priorità al termine della decisione di triage, determina quale utente deve essere preso in carico dal personale delle sale visita; pazienti con problematiche urgenti verranno soccorsi prima di utenti con codice di priorità inferiore anche se arrivati in p.s. prima dei casi più gravi.

CODICE ROSSO Il paziente è in grave pericolo di vita con compromissione delle funzioni vitali. Stato di emergenza. Entrata in sala visita immediata.

CODICE GIALLO Potenziale pericolo di vita con possibile compromissione delle funzioni vitali a breve tempo. Stato di urgenza. Entrata in sala visita entro 8'.

CODICE VERDE Prestazione sanitaria differibile; Problema acuto con funzioni vitali valide e conservate. Stato di: urgenza differibile. Entrata in sala visita: entro 30 – 60'.

CODICE BIANCO Problematiche risolubili in altre strutture. Indirizzabile in ambulatori per assenza di urgenza di prestazione. Stato di: non urgenza. Entrata in sala visita: dopo accesso degli altri codici.

LEGISLAZIONE IN ITALIA

In Italia, il D.P.R. del 27 Marzo 1992 che introdusse la riorganizzazione del sistema d'urgenza ed emergenza sanitaria, ha disposto la creazione dei Dipartimenti Emergenza Accettazione con l'istituzione obbligatoria dell'area triage. Nel Lazio la Legge Regionale n°1004 del 1994 ha recepito il D.P.R. del 1992 riorganizzando il soccorso extraospedaliero e ospedaliero.

L'Atto di intesa Stato-Regioni del 17/5/1996 ha definito che la funzione di triage è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato che opera secondo protocolli stabiliti.

L'abrogazione del mansionario (legge 42 del 1999) ha poi in qualche modo aperto le porte allo sviluppo della professione infermieristica, ponendo l'infermiere come un team leader con capacità decisionali. Il triage è per l'infermiere infatti un momento di grande capacità decisionale autonoma.

Il Decreto del Ministero dell'Interno delegato per il coordinamento della protezione civile (13/2/2001) ha stabilito i criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi, con particolare riferimento alle modalità di intervento e quindi di triage in questi casi specifici.

Infine la Conferenza Stato-Regioni del 22 Maggio 2003 ha stabilito i programmi di formazione e aggiornamento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza.

LE URGENZE OSTETRICHE



Possiamo definire l'urgenza ostetrico-ginecologica come quella situazione in cui la donna richiede un trattamento medico e/o chirurgico da effettuarsi entro breve tempo e va distinta dall'emergenza che è quella condizione in cui la donna è in grave pericolo di vita e, deve essere immediatamente trattata.

Le emergenze di carattere ginecologico sono abbastanza inusuali, mentre esistono delle urgenze, quali ad esempio: il trauma genitale, il sanguinamento da polipo, malattie infiammatorie pelviche, il dolore intermestruale da ovulazione, la dismenorrea, la torsione e rottura di una cisti ovarica, il cervicocarcinoma.

Tuttavia le situazioni che più possono mettere a rischio la salute della donna sono la gravidanza e il parto, periodi in cui esistono una serie di situazioni di pericolo che rischiano di diventare mortali per la donna e/o possono causare la perdita del feto.

Le urgenze in ostetricia sono eventi improvvisi o del tutto inaspettati che possono manifestarsi in gravidanza, durante il parto o nel post partum e che richiedono un pronto intervento. L'unità materno-fetale, anche se in condizioni di perfetto benessere, può presentare diversi elementi di rischio.

Le principali urgenze ostetriche sono rappresentate da: emorragia in gravidanza iniziale, del I trimestre (minaccia d'aborto, gravidanza extrauterina), emorragia in gravidanza avanzata del II e III trimestre (placenta previa, distacco intempestivo di placenta normalmente

inserta), parto precipitoso, dolore addominale acuto, traumi addominali, emergenze mediche, ipertensione gestazionale, eclampsia, rottura d'utero, infezioni.

I sintomi che possono condurre una donna gravida in pronto soccorso sono caratterizzati da: perdita ematica dai genitali e dolore localizzato ai quadranti addominali inferiori; questi sintomi spesso si manifestano associati.

E' preferibile ospedalizzare tutte le urgenze ostetriche, in particolare se si associano il dolore addominale e l'emorragia vaginale.

Al momento dell'accoglienza in Pronto Soccorso occorre:

- Effettuare il Triage attribuendo un codice colore adeguato alle condizioni della donna
- Ottenere documenti per la registrazione
- Avvisare U.O. Ostetricia e Ginecologia di destinazione
- Avvisare ginecologo di guardia
- Se il parto è imminente → Accesso diretto
- Allertare la sala parto
- Se è presente una grave emorragia → Accesso diretto
- Allertare ginecologo di guardia
- Allertare anestesista
- Allertare operatori della U.O.
- Avviare la paziente direttamente alla sala parto/sala operatoria

EMORRAGIE IN GRAVIDANZA

Il sanguinamento in gravidanza è motivo di preoccupazione per la maggior parte delle madri, in particolar modo per coloro che hanno avuto precedenti esperienze negative con perdita del feto. Una madre che abbia avuto un insuccesso nella precedente gravidanza, inizierà la gravidanza successiva in uno stato ansioso.

Qualunque sia l'età e la parità occorre nella raccolta dell'anamnesi assicurarsi che la donna sia in grado di riferire correttamente i segni ed i sintomi poiché un

intervento tempestivo può salvare la gravidanza.

L'emorragia vaginale si presenta nel 16% delle gravide nel primo trimestre.

Insieme alla donna occorre determinare l'inizio dell'epoca gestazionale e tentare di correlare l'inizio dell'emorragia con un eventuale fattore scatenante.

E' importante cercare di determinare la quantità di sangue perduta e definire il suo colore (rosso vivo o scuro). E' bene chiedere alla donna se ha dolore e, in caso positivo, la sua localizzazione e le sue caratteristiche.

EMORRAGIA IN GRAVIDANZA INIZIALE (I TRIMESTRE)

Cause extragruvidiche, aborto (minaccia d'aborto, aborto inevitabile, incompleto, completo, ritenuto) si verifica nel 15 % delle gravidanze, gravidanza ectopica 10-15 %

Intervento assistenziale:

- *Valutazione della entità della perdita ematica*
- Controllo dei parametri vitali (PA, Polso, Respiro).
- *Valutazione del Sensorio*
- Rilievo di eventuali altri sintomi associati
- *Accertamento medico dello stato di gravidanza*
- Anamnesi mirata (datazione dell'ultima mestruazione, positività del test di gravidanza, etc);
- Esplorazione vaginale (visita ostetrica);
- Dosaggio β HCG plasmatiche;
- Ultrasonografia.

Diagnosi clinica preliminare:

Visita ostetrica

Utero aumentato di volume

Collo chiuso → minaccia d'aborto

Collo pervio → aborto in atto

Utero di volume normale

Collo pervio → aborto incompleto

Collo chiuso → minaccia d'aborto, gravidanza ectopica, causa extragenitale

Trattamento:

Perdita ematica grave → Trattamento immediato

Perdita ematica lieve → Verifica diagnostica

Terapia mirata

Emorragia in gravidanza avanzata (II e III trimestre)

Condizione para-fisiologica: Modificazioni della cervice nel periodo prodromico

Emorragie lievi:

Lesioni traumatiche da coito, trauma iatrogeno da visita ostetrica, lesioni benigne (polipi, flogosi, etc...), lesioni maligne (cervico-carcinoma).

Emergenza ostetrica:

Placenta previa, distacco intempestivo di placenta normalmente inserita.

Placenta previa

Inserzione della placenta nel segmento uterino inferiore, anteriormente alla parte presentata del feto; incidenza 5%.

Sintomatologia: Metrorragia, sangue rosso vivo, assenza di dolore, episodi ripetuti

Distacco intempestivo di placenta normalmente inserita

Incidenza 1-5%; fattori scatenanti in gravidanza: Alterazioni emodinamiche improvvise, aumento della pressione venosa negli organi pelvici, infarto placentare acuto, traumi addominali.

Sintomatologia: Metrorragia, dolore, ipertono uterino, sofferenza fetale, liquido amniotico ematico, shock materno, coagulopatia da consumo.

Diagnosi: Anamnesi mirata, esame clinico, valutazione condizioni generali ed emodinamiche, valutazione attività contrattile, esecuzione Manovre di Leopold per valutazione parte presentata.

Perdita ematica lieve:

- Anamnesi
- Visita ostetrica
- Ultrasonografia per localizzazione placenta

- Monitoraggio CTG (BCF, attività contrattile, MAF)
- Ricovero

Perdita ematica imponente:

- Anamnesi
 - Visita ostetrica
 - Ultrasonografia per localizzazione placenta
 - Monitoraggio CTG (BCF, attività contrattile, MAF)
 - Ricovero urgente in un centro nascita adeguato alla età gestazionale:
- < 32 sett III livello
 32-34 II livello
 > 34 I livello

Eseguire analisi di laboratorio urgenti
 Valutare parametri emodinamici
 Infondere liquidi
 Somministrare O₂
 Allertare Sala Parto
 Taglio cesareo immediato

DOLORE ADDOMINALE ACUTO

A causa dello stato di gravidanza che induce delle modificazioni anatomiche e funzionali, esiste una difficoltà nell'emettere una diagnosi con conseguente ritardo nel trattamento. Il dolore addominale acuto può essere causato da:

Cause gravidiche quali ad esempio: Aborto, gravidanza ectopica, travaglio di parto, pre-eclampsia, distacco di placenta, rottura d'utero.

Cause genitali extragradidiche: fibromiomi uterini, torsione o rottura di cisti ovarica.

Cause extragenitali: Infezioni delle vie urinarie, apparato digerente, appendicite, gastroduodenite, ulcera, enterite.

TRAUMI IN GRAVIDANZA

Possono essere traumi aperti o chiusi. Costituiscono la prima causa di morte materna per cause non ostetriche (22%). Interessa il 7% delle gravidanze (incidenti della strada 55%, violenze domestiche 22%, cadute accidentali 21%, ustioni, ferite da punta, morsi di animali 2%).

Trauma chiuso (Incidente stradale, violenza domestica) gli effetti del trauma possono essere:

Emorragia retroperitoneale, distacco di placenta. Il trauma può provocare un danno fetale diretto (fratture pelviche, traumi cranici) oppure un danno fetale tardivo (deficit neurologico).

Trauma penetrante (ferita da arma da fuoco, da arma bianca) può provocare: Mortalità materna nel 5% dei casi, lesioni viscerali nel 16-38%, mortalità perinatale nel 47-71% dei casi.

Intervento assistenziale:

- Valutazione della sede e della entità del trauma (deve prevalere la cura della salute materna):
 - Controllo dei parametri vitali (PA, Polso, Respiro)
 - Ricordare che: Il volume ematico aumenta del 50%, vi è una anemia fisiologica, esiste instabilità emodinamica solo se la perdita ematica supera i 2000 ml (30% del volume circolante)
- Esami di laboratorio: Emocromocitometrico, prove crociate, coagulazione, test di Kleihauer-Betke, inserire catetere vescicale.

Trattamento:

- Basic Life Support: A airway (vie aeree), B Breathing (respirazione), Circulation (circolazione)
- Laparotomia esplorativa in casi selezionati
- Sorveglianza materna intensiva
- Sorveglianza fetale (monitoraggio CTG)
- Antibiotico profilassi
- Immunoprofilassi anti-D
- Vaccinazione antitetanica se ferita penetrante
- Sospendere sorveglianza dopo 2-6 ore se tutto è regolare

PREECLAMPSIA

Le donne ipertese in gravidanza solitamente presentano pochi sintomi. L'in-

cidenza dell'ipertensione in gravidanza varia dal 6 all'8%. L'ipertensione indotta dalla gravidanza si può verificare in circa il 5% delle gravidanze. La preeclampsia è una condizione caratterizzata da ipertensione gravidanza-indotta, da alterazioni della funzione renale e da proteinuria.

L'eclampsia è una emergenza grave che complica la preeclampsia nel 7% delle gravidanze, spesso nel III trimestre di gravidanza; si manifesta con attacchi convulsivi che mettono in pericolo la vita della madre e del feto.

Sintomatologia:

- Ipertensione, edema e proteinuria
- Aumento uricemia, creatinina, transaminasi, trombocitopenia

- Epilessia (0,15% delle gravidanze)
- Può manifestarsi in qualunque epoca di gravidanza
- A volte non sono presenti i segni e sintomi presenti nella preeclampsia

Intervento assistenziale:

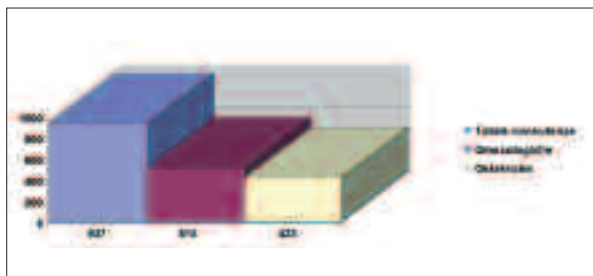
- Prevenire traumi materni (abbassalingua, cucchiaio rivestito per aprire la bocca)
- Mantenere la pervietà delle vie aeree
- Diazepam e.v. (valium 1f 10 mg e.v.)
- MgSO₄ 6g in 30 min, seguiti da 1g/h
- Sorveglianza fetale
- Intervenire immediatamente se distacco di placenta

ATTRIBUZIONE DEL CODICE COLORE NELLE PROBLEMATICHE OSTETRICO-GINECOLOGICHE

Codice colore	I trimestre	II trimestre	III trimestre
CODICE ROSSO	Metrorragia imponente da aborto in atto. Stato di shock da rottura tubarica per gravidanza extrauterina. Trauma penetrante. Shock ipovolemico; forte dolore in gravida. Pallore, alterazioni del sensorio e dei parametri vitali. Crisi epilettica in atto.	Crisi epilettica in atto. Crisi ipertensiva, edemi: Preeclampsia. Metrorragia grave. Distacco di placenta. Trauma penetrante. Torsione di cisti ovarica. Shock ipovolemico; forte dolore in gravida. Pallore, alterazioni del sensorio e dei parametri vitali.	Crisi epilettica in atto. Parto imminente. Shock ipovolemico. Pallore, alterazioni del sensorio e dei parametri vitali, dolore severo, metrorragia: distacco intempestivo di placenta, eclampsia, rottura d'utero. Trauma penetrante.
CODICE GIALLO	Metrorragia da minaccia d'aborto. Traumi addominali. Dolore severo addominale acuto. Coliche renali. Traumatismi chiusi. Alterazione dei parametri vitali.	Traumatismi chiusi.. Metrorragia da placenta previa. Dolore severo addominale acuto. Urgenze mediche-int. Coliche renali. Crisi ipertensiva. Alterazione dei parametri vitali. Perdita liquido limpido dai genitali: PROM.	Perdite ematiche modeste in travaglio di parto. Rottura prematura delle membrane in travaglio avanzato. Dolore severo addominale acuto. Ipertensione gestazion. Traumatismi chiusi. Coliche renali. Alterazione dei parametri vitali.
CODICE VERDE	Minaccia d'aborto. Lesioni traumatiche. Cistopielite. Modesta perdita ematica vaginale. Dolore addominale di modesta entità in gravida senza perdite ematiche.	Minaccia d'aborto. Lesioni traumatiche. Cistopielite. Modesta perdita ematica vaginale. Dolore addominale di modesta entità in gravida senza perdite ematiche.	Perdite ematiche lievi in travaglio di parto iniziale. Perdita liquido limpido dai genitali: PROM a termine di gravidanza. Lesioni traumatiche. Cistopielite. Modesta perdita ematica vaginale. Dolore addominale di modesta entità in gravida senza perdite ematiche.
CODICE BIANCO	Leucorrea: infezioni delle basse vie genitali.	Leucorrea: infezioni delle basse vie genitali.	Leucorrea: infezioni delle basse vie genitali.

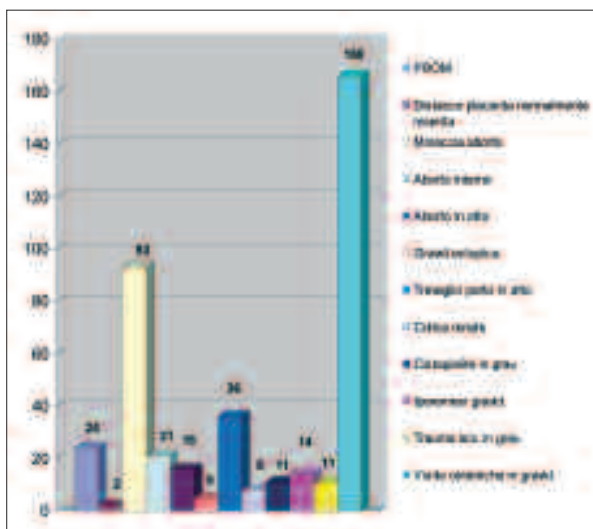
STATISTICHE

Prestazioni effettuate nel pronto soccorso ostetrico ginecologico dell'Ospedale San Giacomo di Roma – Anno 2003



Ricoveri dopo consulenza ostetrica: 124

Casistica consulenze ostetriche effettuate:



CONCLUSIONI

Alcuni ospedali hanno un pronto soccorso ostetrico-ginecologico separato da quello generale con un'accettazione della paziente che avviene in maniera autonoma rispetto al pronto soccorso generale. In altri ospedali, la donna gravida si rivolge al pronto soccorso generale dove viene valutata dall'infermiere di triage e successivamente inviata con l'ausilio del personale di pronto soccorso all'accettazione ostetrico-ginecologica.

La donna gravida che si presenta in pronto soccorso, con traumatismi o problematiche medico interniste ha diritto di essere vista prima di altri utenti a parità di codice colore.

E' consuetudine dopo la valutazione di triage, attribuire alla gravida un codice colore maggiorato giustificato dal fatto che un trauma, un rialzo pressorio o una emorragia di lieve entità potrebbe creare problemi al nascituro.

La valutazione delle urgenze ostetriche richiede da parte dell'infermiere triagista, una competenza specifica e una buona integrazione con l'equipe assistenziale ostetrica, allo scopo di operare seguendo linee guida e protocolli condivisi e periodicamente aggiornati.

Soltanto seguendo queste indicazioni, sarà possibile attuare quelle misure assistenziali necessarie a salvaguardare la salute dell'unità materno-fetale anche di fronte a una situazione d'urgenza che potrebbe comprometterla.

AUTORI

Antonietta Salvatore
D.A.I., Ostetrica Sala Parto – Ospedale San Giacomo – Roma

Cristian Vender
Infermiere Professionale
D.E.A. Pronto Soccorso – Ospedale San Giacomo – Roma



Bennett V. Ruth-Krown Linda K. Manuale dell'ostetrica di Myles. Ed. Ermes; 1995.

Corso di assistenza infermieristica nell'emergenza e urgenza. Polo Infermieristico -Università di Tor Vergata; 2000; Roma.

Corso di triage del 118 Lazio; 2004 Mar; Roma.

Gai V. Triage: procedimento decisionale al servizio del paziente. Torino, Italia: C.G. Edizioni Medico scientifiche; 1999.

Garrey, Govan, Hodge, Callander. Ostetricia illustrata. Edizioni Verduci ; 2000.

H. De Tourris, R. Henrion, M. Delecour. Ginecologia e Ostetricia. Edizione Masson.

La normativa di interesse infermieristico approvata nel 2003 – I quaderni IPASVI.; 2004 Gen; Roma.

Le linee guida dell'uniformità. Scenario 2003;20 (3):4-7.

Linee guida ACOG 2002

Ottone G. Pronto soccorso, servizi emergenza, 118. Torino, Italia: Centro scientifico.

Pescetto G. De Cecco L. et al. Manuale di ginecologia e ostetricia. Roma, Italia: Edizioni SEU; III edizione.

Reeder & Martin. Il nursing della maternità. Edizione Piccin.

Terrazza H.M. Moore R.D. Gynecologic cause of the acute abdomen and the acute abdomen in pregnancy. Surg. Clin. North Americ; 1997.

Fotografia in: premessa: da: www.libero.it – Soccorso di ferito l'11/9/2001 a Manhattan (USA) attentato terroristico alle Twins Towers.

Fotografia in: definizione e modalità di esecuzione di triage ospedaliero: da: www.libero.it – Accettazione di un ospedale italiano.

Fotografia in: le urgenze ostetriche e conclusioni: da: accettazione ostetrica e reparto di ginecologia ospedale San Giacomo – Roma.

Errata Corrige

L'articolo "Tecniche di tracheotomia dilatativa percutanea: assistenza infermieristica in Terapia Intensiva post-chirurgica" pubblicato sul numero 1/2004 della rivista Infermiere Oggi da pag. 7 a 9, è stato erroneamente firmato a nome *Mariagrazia Ramunno*, in realtà è stato redatto da *Claudio Carola* e *Giorgia Allegretti*. La redazione chiede scusa per l'inconveniente.

“Il politraumatizzato in rianimazione: prevenzione e trattamento delle complicanze, stabilizzazione e fase di de-intensificazione – il ruolo dell’infermiere”

di Gaetano Romigi e Rossella Marchetti

Il percorso assistenziale intra-ospedaliero di un soggetto politraumatizzato, dopo le prime cure ed i primi trattamenti urgenti forniti in PS, e diretti soprattutto a garantire una condizione respiratoria ed emodinamica quantomeno soddisfacente, prosegue in una terapia intensiva adeguatamente attrezzata, con personale infermieristico particolarmente competente ed esperto.

Il politraumatizzato rimane un malato estremamente critico anche se condotto in un ambiente estremamente protetto e sicuro come un centro di rianimazione; potrà essere necessario anche un lungo periodo di ventilazione meccanica, di intenso trattamento farmacologico, di nutrizione artificiale, di immobilità completa, di monitoraggio continuo, così come potrà essere necessario un intervento chirurgico o l'applicazione di trazioni, drenaggi ecc...; la sua assistenza perciò risulta complessa e delicata.

Essa non può prescindere da ciò che la primissima fase diagnostica ha svelato o tentato di svelare. Occorre creare immediatamente un legame di continuità con quelle informazioni clinico-assistenziali che viaggiano assieme al paziente e che sono indispensabili per organizzare al meglio l'accoglimento del malato in terapia intensiva e programmare altresì un piano assistenziale multidisciplinare e personalizzato.

Lo scopo a breve termine (24/72 ore) risulta quello di effettuare una diagnosi completa dei danni determinati dal trauma al soggetto ed elaborare un programma assistenziale e terapeutico ben definito, i

cui obiettivi siano soprattutto:

1. *la prevenzione delle complicanze dirette ed indirette*
2. *il monitoraggio costante delle funzioni vitali*
3. *la stabilizzazione del malato*
4. *l'avvio della progressiva de-intensificazione delle cure*

Purtroppo non è facile prevedere, specie nelle prime ore di degenza, quale sarà l'andamento del paziente; tale andamento dipenderà assai da quanto le azioni messe in atto per raggiungere gli obiettivi suddetti saranno precise, scevre da errori, tempestive e tra loro legate.

Al momento dell'accoglimento in rianimazione il personale infermieristico ha già predisposto gli spazi, il letto antidecubito standard e l'unità di degenza, tutti gli strumenti, i presidi e le attrezzature necessarie per l'assistenza infermieristica nonché la modulistica necessaria con particolare riguardo alla scheda giornaliera integrata.

Una volta posizionato, il malato verrà collegato alle apparecchiature necessarie ad aiutare le funzioni deficitarie, connesso a tutti i monitoraggi, gli verranno preservati gli accessi vascolari periferici e centrali, le infusioni/trasfusioni, controllati gli eventuali drenaggi, garantite tutte le terapie prescritte anche mediante l'uso di pompe ed infine eseguiti tutti i gli esami di routine ad intervalli di tempo prestabiliti da protocolli.

La prevenzione delle complicanze sarà diretta in particolare ad evitare fenomeni infettivi che colpiscono spesso l'apparato

respiratorio, quello urinario o focolai di frattura e che possono assumere l'andamento di una sepsi fino a condurre allo shock settico.

Nella fase di stabilizzazione, l'Infermiere che si occupa del paziente prenderà in esame i bisogni di alimentazione e idratazione, mobilitazione, mantenimento della temperatura corporea e dell'equilibrio idroelettrolitico.

Superate discretamente le prime 72 ore è possibile avviare un programma di de-intensificazione delle cure e dell'assistenza durante il quale svolge un ruolo importantissimo anche il fisioterapista.

In questa fase il ruolo dell'Infermiere è legato alla rilevazione dei bisogni di comunicazione e di sicurezza che il paziente sarà in grado sicuramente di esprimere e al progressivo "svezzamento" da tutte quelle metodiche di sostegno delle funzioni dell'organismo temporaneamente compromesse o volontariamente sopresse; si tratta della ventilazione meccanica, della nutrizione parenterale, del cateterismo vescicale, ecc..

Tra le procedure di Nursing più rilevanti messe in atto vi sono tutte le applicazioni delle misure di prevenzione dei danni da immobilizzazione quali lesioni da decubito, lesioni osteoartromuscolari, polmoniti da stasi, edemi declivi, complicanze cardiocircolatorie ecc...

Infine pare opportuno sottolineare alcuni degli errori più frequenti nella gestione del politraumatizzato:

- non corretta valutazione iniziale delle condizioni cliniche e dei bisogni di assistenza infermieristica;

- ritardo o mancata esecuzione delle procedure salvavita come ad esempio interventi chirurgici;

- mancanza di emoderivati o di adeguate vie di infusione;

- non adeguato controllo della situazione ventilatoria del malato;

- assente comunicazione tra il personale medico ed infermieristico e tra il personale sanitario del PS o del DEA e quello del Centro di rianimazione;

- Incompleto monitoraggio delle funzioni vitali;

- Scarsa vigilanza del malato, specie nei momenti più delicati, come il trasferimento

o l'esecuzione di indagini diagnostiche strumentali (TC, RM ecc...).

Il ruolo dell'Infermiere nell'evitare alcuni degli errori su citati è senza dubbio centrale. Risulta indispensabile la collaborazione con i medici anestesisti, con gli specialisti, con i fisioterapisti e con tutta l'equipe. Infine è auspicabile uno stretto raccordo con il personale del 118 e quello del PS al fine di stabilire un continuum assistenziale per un paziente sul quale molti operatori si sono avvicinati.

AUTORI

*DAI Gaetano Romigi
Caposala UOC formazione,
aggiornamento e qualità Asl Roma "C"*

*DAI Rossella Marchetti
Caposala T.I.P.O. Policlinico
"A. Gemelli" di Roma*

bibliografia

Gentili, Nastasi, Rigon, et al.. "Il paziente critico" Ed. Ambrosiana, Milano, 1997

Lamers-Abdella A. Ulrich L. "Procedure infermieristiche in terapia intensiva" Ed. Masson 1999;

Rippe "Trattato di terapia intensiva" Ed. Utet, Torino 1998 1° vol.

Hoyt, Tonnensen, Allen "Pratica di terapia intensiva" Ed. Verduci, Roma, 1994

La riabilitazione della vescica neurogena

di Mauro Morroto

Si parla di danno neurogeno dell'apparato vescico-sfinterico qualora la funzione di raccolta e/o la funzione di espulsione risultano alterate in seguito ad una lesione del sistema nervoso centrale (midollo spinale) o periferico (radici nervose, nervi periferici). La continenza urinaria è un importante test di integrità del sistema nervoso. L'atto di svuotamento vescicale dura circa 2-3 minuti; pertanto per oltre il 98% del tempo di tale organo è in condizione di accumulo. Per un efficace svolgimento della funzione di accumulo, è necessario che l'innervazione parasimpatica del muscolo detrusore (liscio) sia inibita e che, al tempo stesso, lo sfintere uretrale ed i muscoli del pavimento pelvico (striati) siano eccitati, in modo che la pressione intrauretrale sia più alta della pressione endovesicale. La minzione è causata da un processo di rilassamento dello sfintere e del pavimento pelvico, seguiti a pochi secondi, dalla contrazione del muscolo detrusore. In condizioni di normale continenza sfinterica, la decisione di mingere è determinata dalla percezione di riempimento vescicale in concomitanza con la valutazione dell'appropriatezza sociale e contestuale dell'atto. Il tratto urinario idealizzato come un sistema idraulico, risulta essere sottoposto ad una complessa regolazione neuromuscolare che organizza la funzione dei vari elementi che entrano in causa nei fenomeni di raccolta passiva ed espulsione attiva dell'urina. Nu-

merose alterazioni che interessano il sistema nervoso, sia a livello centrale che periferico, possono modificare la funzione del tratto urinario con compromissione del parenchima renale e, in ultima analisi, della funzione renale. Si riconoscono centri nervosi di controllo che sono a livello corticale con ben definite aree motorie del detrusore e della muscolatura striata periuretrale nonché con aree di proiezione della sensibilità. Una serie di circuiti di integrazione consente l'armonico funzionamento di vari centri nervosi deputati al fenomeno minzionale.

E' possibile una interruzione della minzione per effetto dell'invio di un impulso volontario attraverso un circuito somatico, che determina la contrazione dello sfintere esterno con inibizione riflessa del detrusore. Questa complessa interazione neurofisiologica della minzione viene a mancare nel momento in cui si verifica una situazione di "vescica neurologica" dove vi è una interruzione di una delle diverse componenti del S.N.C. o periferico. In questa fase la vescica si comporta come un serbatoio in grado di riempirsi, ma non in grado di inviare uno stimolo e soprattutto non in grado di svuotarsi adeguatamente. Quindi si può riscontrare un quadro di ritenzione vescicale, ma con possibilità di incontinenza quando la vescica è troppo piena o quando è sottoposta a pressioni esterne (sforzi dell'addome, passaggi di posizione, colpi di tosse, etc.).

La vescica neurologica può essere di origine:

Congenita – (es. spina bifida, mielomeningocele, mielopatie)

Acquisita – (es. da complicanze di interventi chirurgici tipo isterectomia, amputazione addomino-perineale del retto ed interventi per ernia discale, ictus cerebrali, m. di Parkinson, sclerosi multipla, diabete, alcolismo)

Traumatica – (es. lesioni midollari dovute ad incidenti stradali, infortuni sul lavoro, tuffi, ecc.)

Alcuni di questi danni neurologici dipenderanno in gran parte dal livello in cui si verifica la lesione.

di realizzare lo svuotamento. A causa di ciò l'urina può quindi refluire verso gli ureteri ed ai reni provocando seri danni alla funzione renale. In alcuni casi vi può essere una conduzione alterata degli stimoli provenienti dalla vescica e diretti ai centri nervosi.

La vescica tenderà quindi a riempirsi eccessivamente senza che possano partire gli impulsi nervosi necessari al suo svuotamento (areflessia detrusoriale). In conseguenza di ciò possono verificarsi casi di ritenzione urinaria. Oltretutto il continuo ristagno di urine nella vescica predispone allo sviluppo di infezioni e di calcoli vescicali.

SINTOMATOLOGIA

Tra i sintomi rilevabili dal medico sul paziente affetto da tale patologia riscontreremo una contrazione involontaria della vescica con o senza emissione di urina (iperiflessia detrusoriale) che può sfociare in casi di incontinenza urinaria oppure di stimolo frequente (pollachiuria) o di urgenza minzionale. In altri pazienti invece si possono riscontrare oltre ai sintomi sopra citati una perdita della normale coordinazione tra il muscolo detrusore della vescica e l'apparato sfinterico, determinando nel soggetto una contrazione della vescica senza la conseguente apertura del collo vescicale (dissinergia vescico-sfinterica). Questi pazienti accusano il più delle volte una certa difficoltà ad urinare (disuria) fino ad un incompleto svuotamento vescicale (ritenzione urinaria). Tale situazione ovviamente diviene molto pericolosa per le vie urinarie perché, di conseguenza, all'interno della vescica si vanno a creare delle pressioni elevate nel tentativo

ESAMI DIAGNOSTICO-STRUMENTALI

Una corretta diagnosi viene attuata sulla base di un'approfondita anamnesi, dall'esame obiettivo del nostro paziente, includendo la visita neurologica, e dagli



studi radiologici (urografia, uretrografia, cistografia, ecografia renale, vescicale e scintigrafia renale, Tac e RMN). L'urografia o pielografia ascendente ci permette di definire e studiare la morfologia e la funzione dell'apparato urinario, mentre l'uretrografia si interessa del tratto uretrale. L'esame endoscopico risulterà fondamentale per mappare e visualizzare su monitor (e quindi in tempo reale) l'interno della vescica e dell'uretra tramite un cistoscopia a fibre ottiche, che può essere utilizzato sia per la diagnostica che per piccoli interventi resettivi. Saranno indispensabili tutti quegli esami ematochimici che caratterizzano le funzionalità dell'apparato urogenitale come azotemia (o urea), creatinemia, uricemia, ed esami sulle urine (standard ed urinocoltura).

Lo studio morfologico e funzionale della fase di raccolta e di svuotamento del basso apparato urinario è in grado di fornire l'esatta definizione del danno funzionale e l'identificazione delle "situazioni a rischio", specificando quale sia lo stato disfunzionale del detrusore, del collo vescicale, e dello sfintere striato, in riferimento sia alla funzione di raccolta che a quella di svuotamento. L'urodinamica ha il significato di cogliere le alterazioni che possono turbare questo delicato meccanismo attraverso uno studio clinico, anamnestico che con l'utilizzo di esami strumentali invasivi (uso del catetere) o non invasivi (uroflussimetria) ha nei confronti della caratterizzazione del disturbo. E' utile precisare che tali esami sono dipendenti dall'operatore sanitario (infermiere o uroriabilitatore), quindi la conoscenza sull'utilizzo dei materiali e delle tecniche risulta fondamentale, oltre alla capacità (dello staff sanitario) nel riconoscere ed interpretare i disturbi riferiti. Tra i test più significativi che costituiscono le prove urodinamiche per eseguire una corretta diagnosi di vescica neurologica, abbiamo l'uroflussimetria e l'elettromiografia.

L'uroflussimetria è la misurazione del flusso urinario, cioè la quantità di urina espulsa attraverso l'uretra nell'unità di tempo e viene espressa in ml/s. E' un test molto semplice, non invasivo e ripetibile

che consente una valutazione simultanea della pressione del detrusore, dell'apertura del collo vescicale e della capacità di trasporto dell'uretra. A vescica piena, il pz. deve mingere (almeno 150-200 ml) in un flussimetro dotato di un trasduttore che produce un segnale elettrico il quale viene trasferito e gestito da un pc e stampante.

L'elettromiografia studia la valutazione dell'attività bioelettrica dei muscoli deputati alla minzione quali lo sfintere striato dell'uretra, la muscolatura del piano perineale e l'integrità delle vie nervose spinali. Tale esame in pratica ci consente di accertare l'integrità o meno della muscolatura del pavimento pelvico ed il grado di coordinamento tra il detrusore ed il piano muscolare pelvico durante il riempimento vescicale e la minzione.

TERAPIA – RIABILITAZIONE

Le terapie riabilitative della vescica neurologica prevedono protocolli per rendere continente la persona permettendogli uno svuotamento completo attraverso il cateterismo ad intermittenza. Gli specialisti in urologia, italiani ed occidentali in genere, prescrivono quotidianamente questo protocollo che ha il duplice risultato di evitare decessi precoci dovuti ad infezioni delle vie urinarie ed ai reni, oltre che per ulcere da decubito causate dall'acidità dell'urina. Abbiamo visto quindi come le alterazioni funzionali della vescica, responsabili dei sintomi minzionali, possono causare complicazioni come l'insorgenza di infezioni, di calcoli vescicali, di reflussi vescico-ureterali, sino a situazioni di riduzione talvolta importante della funzione renale. A seconda del grado di continenza del nostro soggetto con vescica neurologica avremo diversi modi di approccio terapeutico. Tra questi il cateterismo intermittente (C.E.I.), che permette di svuotare ad orari fissi la vescica piena di urine. Questa metodica rappresenta a tutt'oggi un reale progresso nel trattamento e nella prevenzione delle complicanze da infezioni urinarie nelle persone incapaci totalmente o parzialmente di svuotare la



vescica. Esso rappresenta il trattamento di elezione perché garantisce di preservare la funzionalità renale, attraverso un ritmico svuotamento vescicale. In genere si considera sufficiente tale svuotamento ogni 4-5 ore. Tale manovra viene eseguita utilizzando un catetere temporaneo di tipo Nelaton (in commercio esistono anche quelli monouso), riducendo in maniera drastica tutte quelle complicanze dovute all'applicazione di cateteri a dimora ed una ripresa più o meno breve dell'autonomia vescicale. Questa manovra all'inizio verrà effettuata naturalmente dal personale infermieristico dopodiché il paziente verrà addestrato all'autocateterismo (in maniera pulita o igienica). Questa tecnica inoltre aumenta positivamente lo stato psicologico della nostra persona in virtù dell'assenza di una sacca di raccolta che (anche se invisibile all'esterno) può risultare ingombrante sia fisicamente che psicologicamente. La manovra del personale sanitario nel cateterismo ad intermittenza viene eseguita in maniera sterile in qualsiasi tipo di struttura sanitaria si trovi il soggetto (ospedale, RSA, ambulatori, ambito domiciliare, ecc.), rispettando, inoltre, la

tecnica del circuito chiuso. Nel caso in cui il nostro paziente abbia bisogno (per patologie invalidanti) del CEI da parte di terzi sarà fondamentale la valutazione, da parte dello staff sanitario, dello stato sociale della famiglia e la cooperazione dei componenti del nucleo familiare, elementi essenziali nell'apprendimento delle tecniche e del loro utilizzo in maniera congrua. Quindi troveremo il cateterismo a permanenza, ove sussistano problemi di deambulazione del paziente (paraplegia, tetraplegia, ecc.), allettamenti prolungati od una collaborazione limitata (o assente) del soggetto. Si tende in questi casi a sostituire al più presto questo approccio con quello ad intermittenza (appena siano risolti i problemi di autonomia del paziente). In questa fase si tende a responsabilizzare ancor più le persone che gravitano intorno al nostro paziente (medico di famiglia, familiari, amici, colleghi, volontariato, ecc.). Tutte queste persone possono alternarsi nel supporto psicologico e fisico al soggetto interessato, intervenendo con competenza (previa campagna informativa dello staff sanitario) alla risoluzione del problema oppure nella limitazione dei disagi. L'applicazione del catete-

re a dimora comunque deve essere ben ponderata. Si devono tenere in considerazione solo casi selezionati e comunque quando ogni tentativo di controllo della minzione o di protezione rispetto agli inconvenienti relativi è risultato inutile o non oggettivamente più applicabile. Le indicazioni primarie all'uso del catetere a dimora in un contesto di vescica neurologica o di altre disfunzioni associate sono:

- ritenzione urinaria che causi persistente incontinenza da rigurgito;
- infezioni sintomatiche e disfunzioni renali le quali non possono essere corrette chirurgicamente, o con presidi medici, o non possa essere controllata facilmente con CEI;
- presenza di piaghe, ferite ed ulcerazioni cutanee che possano essere contaminate dall'urina;
- assistenza a malati terminali o gravemente compromessi per cui il letto o il cambio del vestiario possano risultare disagiati od insoddisfacenti.

Altra tecnica di riabilitazione è quella caratterizzata dalla manovra di percussione sovrapubica o P.S.P. consistente nell'esercitare delle battiture sul basso ventre e quindi nel produrre una certa pressione addominale, che stimola la vescica ad una contrazione e quindi all'espulsione di urina. Questa manovra definita di "vescica bilanciata" permette a tale organo di svuotarsi con un basso residuo post-minzionale e con pressioni che non compromettono i reni. Oltre a ciò possiamo ridurre la pressioni vescicale anche con un eventuale terapia farmacologica tramite anticolinergici (Ditropan) ed eseguire il cateterismo intermittente nei casi di continenza.

Nel caso di approccio chirurgico si interviene mediante una sfinterotomia oppure viene praticata una iniezione intrasfinterica di tossina Botulinica + P.S.P. + condom (in casi di incontinenza manifesta).

COMPLICANZE ASSOCIATE

Tra le varie complicanze che possono associarsi ai pazienti affetti da vescica neurologica abbiamo:

- Infezioni, che sono spesso causate dalla stasi urinaria in vescica (tipiche dell'ambiente ospedaliero). I sintomi sono febbre, urine torbide e maleodoranti, ematuria, piuria. E' opportuno eseguire un urinocoltura con antibiogramma per determinare il trattamento antibiotico.
- Calcolosi vescicale e renale, che può essere causata da infezione delle vie urinarie recidivanti, stasi di urina post-minzionale, catetere a dimora, immobilità, insufficiente apporto idrico, ecc., si manifesta con un aumento della spasticità, ematuria, frequenti infezioni urinarie.
- Diverticolosi, ovvero estroflessioni sacciformi della parete vescicale causate da stasi urinaria e da elevate pressioni in vescica
- Reflusso vescico-ureterale, che consiste nel flusso retrogrado di urina dalla vescica agli ureteri.
- Idronefrosi, che consiste in una dilatazione delle alte vie escrettrici, solitamente secondaria ad un reflusso vescico-uretrale non adeguatamente trattato. Il trattamento può richiedere l'utilizzo del catetere a dimora per lunghi periodi. Un idronefrosi non correttamente trattata, può condurre all'insufficienza renale.

L'infermiere professionale nella gestione del paziente affetto da vescica neurologica riveste una importanza fondamentale, e si propone alcuni obiettivi prioritari come:

- prevenire la distensione della vescica
- svuotare la vescica regolarmente e completamente
- evitare le infezioni urinarie e la formazione di calcoli
- mantenere una capacità adeguata della vescica senza reflusso vescico-ureterale
- promuovere nel soggetto un'auto-gestione del problema

La risoluzione del problema della vescica neurogena negli ultimi anni è ormai da ritenere sempre più in stretta correlazione agli enormi sforzi della scienza e della tecnologia che hanno

dotato le strutture sanitarie di sempre più potenti ed efficienti strumenti nella diagnostica e cura di questa patologia. Le ricerche infermieristiche, poi, nel campo di questa affezione sono risultate sempre più valide ed efficaci, soprattutto perché si è potuto considerare la vescica neurogena come una patologia reversibile e trattabile alla luce dei risultati positivi ottenuti negli ultimi anni. Ciononostante risulta indispensabile oltre alla collaborazione incessante della persona interessata, quella di tutti i soggetti vicini ad essa, tramite la sensibilizzazione e responsabilizzazione infusa dalle equipe medico-infermieristiche nella pianificazione del problema. Risulta fondamentale perciò la validità della preparazione professionale ed umana di questo staff sanitario che può essere raggiunta esclusivamente con l'esperienza e con l'aggiornamento continuo sia nel campo dell'assistenza infermieristica che nella specialità urologica e di tutte quelle altre tecniche diagnostico-strumentali.

AUTORE

A.F.D. Mauro Morroto
U.S.L. RM/C
Ospedale "S. Eugenio" - Roma

bibliografia

Meazza – Bergomi – Poma – Battipaglia – "Assistenza infermieristica in Urologia" – Ed. Mc Graw Hill

Pavan – Basso – "Elementi di Nursing in ambito urologico" – A.I.Ur.O. 1995 – 1999

Rivista n° 2 "Neurovegetativo News" dell'A.I.N.V. (Associazione Italiana NeuroVegetativo)

Periodici Uro-Nursing dell'AIURO - n° 3 Agosto 97 – n° 18 Dicembre 2001

in pillole

HIV, LA VIA DEL TÈ

Il tè verde contiene sostanze che impedirebbero al virus HIV di intraprendere la prima fase dell'infezione, bloccando il suo ingresso nelle cellule del sistema immunitario. La sostanza in questione è la più abbondante tra gli elementi contenuti nel tè: una delle catechine, la Epigallocatechin Gallate (EGCG). Lo studio, pubblicato dal Journal of Allergy and Clinical Immunology, condotto dal gruppo del professor Kuzushige Kawai dell'Università di Tokyo, ha verificato sperimentalmente che l'EGCG si lega alla superficie delle cellule immunitarie, impedendo di fatto al virus di legarsi a sua volta. Il virus

Hiv, una volta penetrato nell'organismo, inizia la sua fase infettiva acuta attaccandosi con il proprio guscio protettivo alle molecole CD4 presenti sulla superficie di alcuni linfociti T. In laboratorio l'EGCG ha dimostrato di poter fare la stessa cosa, di fatto bloccando i siti di legame al virus. I ricercatori confidano di affinare la tecnica che utilizza l'EGCG per poter avviare la sperimentazione clinica. Per ora, in collaborazione con i colleghi del National Center for Macromolecular Imaging del Baylor College of Medicine di Houston, il gruppo del professor Kawai sta concentrando ogni sforzo per capire con precisione in che punto delle CD4 si lega la EGCG.

Come aprire un ambulatorio infermieristico privato? Chi fa da sé...

di Alessandro Cuggiani

La libera professione infermieristica è un traguardo lavorativo per un numero sempre crescente di colleghi. Così come aumentano costantemente le richieste di informazioni al Collegio circa la possibilità di avviare un ambulatorio infermieristico privato, i requisiti e le autorizzazioni necessarie.

Prendiamo spunto da tali richieste per riassumere brevemente la disciplina della materia che deriva dal quadro normativo in vigore, con particolare riferimento alle seguenti disposizioni legislative: RD 45/01; RD 1265/34; DPR 854/55; DPR 14/1/97.

FORMA GIURIDICA

L'attività in forma associata può essere svolta attraverso la costituzione di un'associazione di professionisti o attraverso una cooperativa sociale.

Le norme di riferimento sono contenute rispettivamente nella Legge 1815/39 e 381/91. Sono attualmente allo studio alcuni regolamenti di ridefinizione della materia che prevedono la possibilità di costituire anche società di capitali.

Per la costituzione di un'associazione professionale è sufficiente l'approvazione di uno statuto che regoli i rapporti tra gli associati. Va tuttavia sottolineato che, sotto il profilo fiscale, la forma associativa è più onerosa di quel-

la cooperativa.

Per poter esercitare, la cooperativa sociale deve notificare al Collegio provinciale di appartenenza almeno dieci giorni prima dell'inizio attività la seguente documentazione: atto costitutivo, statuto, copia del certificato di attribuzione del codice fiscale, partita Iva, elenco dei soci infermieri, elenco degli altri soci, nominativi dei responsabili per l'area infermieristica.

AUTORIZZAZIONE

La domanda per avviare l'attività va inoltrata al Comune competente attraverso la relativa Asl. Deve contenere: cognome, nome, domicilio e codice fiscale del richiedente; elenco delle attrezzature presenti nella sede di esercizio con l'indicazione se sono o meno di proprietà; dichiarazione che le prestazioni vengono rese secondo le attribuzioni spettanti all'infermiere e, in caso, secondo le prescrizioni mediche con l'esclusione delle pratiche per cui è prevista la presenza del medico o la sede ospedaliera; dichiarazione che i locali destinati ad ambulatorio ottemperano alle disposizioni vigenti in tema di igiene ambientale e di disponibilità a sottoporsi ad eventuali visite di controllo.

E' richiesta inoltre, in allegato, la seguente documentazione: certificato in bollo di iscrizione all'Albo professio-

nale; contratto di locazione (o di proprietà) dei locali ambulatoriali; certificato di occupabilità dei locali con la destinazione degli stessi ad uso ufficio o servizio rilasciato dalla ripartizione edilizia del Comune; ricevuta del bollettino di versamento della tassa di concessione regionale.

DIREZIONE TECNICA

La domanda di autorizzazione all'attività deve essere corredata dalla dichiarazione scritta di un dottore in Medicina e chirurgia, che assume la direzione tecnica dell'istituto che si intende aprire. La dichiarazione è controfirmata per accettazione dal richiedente ed è vidimata dal sindaco. L'Ausl Rm/E ha comunicato che, in caso di esercizio dell'attività attraverso la forma dell'associazione professionale, non è richiesta la nomina di un direttore tecnico.

REQUISITI DELL'AMBULATORIO

L'ambulatorio infermieristico deve avere particolari requisiti edilizi e deve essere dotato di una dettagliata dotazione strumentale minima.



RIFIUTI SPECIALI

Le procedure per lo smaltimento dei rifiuti speciali sono disciplinate minuziosamente dalla legge. Le Ausl di competenza sono tenute a fornire ogni informazione in merito.

AUTORE

*Alessandro Cuggiani
Avvocato - Consulente Ufficio Legale
Collegio Ipasvi Roma*

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 per il 2004.

Il terzo manifesto (in formato pdf) presenta il ruolo dei Collegi e la loro forza rappresentativa della professione; 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

La Conferenza Regione-Ordini e Collegi Professionali al debutto

E adesso ascoltateci

di Paolo Romano

IL NUOVO ORGANO DI CONSULTAZIONE SULLA POLITICA SANITARIA ENTRA NELLA FASE OPERATIVA

Un noto spot pubblicitario ribadisce il concetto di lapalissiana verità che *"two... è meglio che... one"*. Quando però è in gioco la salute dei cittadini, un bene che la Costituzione italiana tutela in modo specifico e solenne, e quando in campo ci

sono politici e operatori, quel *"meglio"* diviene nettamente insufficiente. E' il caso in cui il *"two..."* si fa indispensabile; non una preferenza, ma una necessità. E nel quale *"one"* non può bastare. Insomma: non c'è salute senza sanità e non c'è sanità senza operatori.

Si tratta di un principio che la Regione Lazio, segnando anche un esempio significativo in ambito nazionale, ha pienamente accolto e fatto proprio nel promulgare la Legge Re-



gionale numero 19 che istituisce la Conferenza Regione-Ordini e Collegi Professionali. Oggi, con il l'emanazione del decreto di nomina dei suoi componenti ad opera del Presidente della Regione Lazio, la legge è entrata nella sua fase operativa.

Con l'attivazione della Conferenza, la Regione riconosce formalmente la funzione sociale svolta dagli Ordini e dai Collegi professionali, le loro caratteristiche di enti pubblici e il contributo decisivo che questi forniscono alla tutela del cittadino attraverso la garanzia delle capacità professionali degli iscritti; ne riconosce altresì la competenza specifica nel percorso di miglioramento della qualità dei servizi di competenza regionale.

La Conferenza Permanente Regione-Ordini e Collegi Professionali è istituita presso la Presidenza della Giunta Regionale; consiste nello strumento di raccordo, consultazione e partecipazione dei professionisti della sanità alla programmazione della politica sanitaria, con particolare riferimento alla formazione e all'aggiornamento. Contribuisce perciò all'elaborazione di norme e disposizioni tecniche, alla definizione delle modalità di applicazione delle leggi nazionali, all'istituzione di osservatori permanenti, all'utilizzo di figure professionali non disponibili nell'organico regionale.

E' l'organismo in cui il presidente della Giunta Regionale, gli assessori competenti, il presidente e i vicepresidenti delle rispettive Commissioni Consiliari incontrano e si confrontano con i rappresentanti degli Ordini e dei Collegi professionali, nel segno di una visione concertata delle decisioni da assumere nei diversi campi professionali rappresentati.

E' con orgoglio che gli infermieri salutano il debutto della Conferenza, con la soddisfazione che deriva dall'esito positivo della prolungata azione di "pressing" esercitata sulla Regione Lazio dal Collegio Ipasvi di Roma e dal Coordinamento dei Collegi Ipasvi del Lazio. Un nuovo obiettivo colto grazie alla forza della professione e alla sua

capacità di organizzarsi rappresentativamente in un Collegio.

E' un traguardo ulteriore e una nuova sfida che gli infermieri raccolgono per essere sempre più protagonisti della politica sanitaria regionale.

AUTORE

Paolo Romano
Giornalista

in pillole

TUMORI, CACCIA NEGLI ABISSI

Sono almeno 24 i centri di ricerca europea a caccia di nuovi farmaci anticancro negli oceani. Il progetto, promosso dall'Unione Europea, è quello di trovare nuovi composti anti-tumoriali in piccoli organismi marini. Il candidato principale è una sostanza estratta da una sorta di piccola seppia che vive nel Mar dei Caraibi, chiamata *Ecteinascidia turbinata*, le cui caratteristiche sono state pubblicate sulla rivista *Marine Drugs*. A partire da questo progetto sono state avviate sperimentazioni in 24 centri di ricerca di 7 Paesi europei. Il progetto originario, condotto da Francia, Spagna e Olanda, intende sperimentare la sostanza estratta dal piccolo animale marino contro una forma di sarcoma che in Europa uccide circa 3.900 persone all'anno e per la quale non esistono ancora cure efficaci. La sostanza estratta è stata chiamata *ecteinascidina-743* (ET-743) e potrebbe essere sperimentata anche contro altre forme di tumore, in particolare contro quello del seno.

Sono 160 mila gli operatori sanitari ancora privi di un ordine professionale

Un Albo per tutti

A cura della redazione

L'Assise Nazionale delle Professioni Sanitarie lancia un accorato appello al Parlamento: abbiamo bisogno di un Collegio che tuteli noi e i cittadini, proprio come gli infermieri

Il documento finale dell'ultima Assise Nazionale delle Professioni Sanitarie svolta a Roma è quanto mai chiaro: chiede a gran voce che tutti i professionisti della sanità possano contare su un Ordine o un Collegio di appartenenza. Senza un albo professionale, si sostiene, non c'è tutela, non c'è rappresentanza, non c'è futuro.

In Italia sono circa 160 mila i professionisti che esercitano la propria attività in ambito sanitario senza avere un Ordine o un Collegio di riferimento. Una quota, questa, che rappresenta quasi il 30% dell'intera popolazione di operatori sanitari e che riguarda ben 17 dei 22 profili professionali riconosciuti. Insieme agli altri 350 mila operatori e ai 300 mila medici già forniti di Collegi e Ordini, lavorano sia in regime di dipendenza che in proprio, costituendo la spina dorsale del sistema sanitario italiano.

Tuttavia, l'assenza di un albo professionale rappresenta per questi operatori un inaccettabile limite, uno stretto recinto che comprime oltremodo la professionalità, la deontologia e la stessa rappresentanza "politica" delle categorie interessate. Ecco perché le professioni sanitarie non dotate di Ordine o Collegio sono scese sul piede di guerra reclamando la possibilità legislativa di edificare quella

"casa professionale comune" che appare sempre più necessaria a garantire non solo la categoria ma anche e soprattutto la collettività.

In primo luogo, il documento finale dell'Assise nazionale delle professioni sanitarie sottolinea il rischio legato alla presenza di "migliaia di abusivi che tentano di esercitare una professione sanitaria", reso ancor più stringente dalla mancanza di un

Sono in attesa di avere un albo:

- Fisioterapista
- Tecnico sanitario di laboratorio biomedico
- Dietista
- Odontotecnico
- Educatore professionale
- Igenista dentale
- Logopedista
- Ortottista/Assistente di oftalmologia
- Podologo
- Tecnico della riabilitazione psichiatrica
- Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
- Tecnico audiometrista
- Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
- Tecnico di neurofisiopatologia
- Tecnico ortopedico
- Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
- Terapista occupazionale
- Ottico

Albo professionale che possa esercitare il dovuto controllo sui requisiti culturali, professionali ed etici degli iscritti. "Si è veramente fatto tutto ciò che era necessario – recita un passo del documento – per garantire la tutela della salute del cittadino da questi fenomeni che hanno ormai oltrepassato il livello di guardia? E ancora: si sarebbe disposti a tollerare che la professione medica, quella infermieristica, quella di tecnico di radiologia fossero esercitate da personale privo dei requisiti culturali, delle competenze, delle conoscenze distintive e dell'expertise necessari per assolvere la propria funzione? Assolutamente no". La richiesta di istituire Ordini e Collegi anche per i 17 profili sanitari che ancora ne sono sprovvisti poggia sulla doppia necessità di tutelare la salute dei cittadini e di porre un freno al dilagare dell'abusivismo professionale. "Un argine a questo fenomeno – si legge ancora nel documento – è senza dubbio rappresentato dalla presenza di un istituto, appunto un Ordine o un Collegio, il cui mandato primario è quello di svolgere il ruolo di vigilanza nei confronti dell'esercizio professionale". La richiesta è inoltre rafforzata dal crescente bisogno di rappresentatività delle categorie in questione, in un quadro che assicuri pari dignità rispetto alle altre professioni sanitarie dotate di un proprio Albo. "Ciò significherebbe - prosegue il documento – la fine di un fenomeno sempre più evidente di iniquità tra le professioni. E' infatti accaduto frequentemente, soprattutto negli ultimi anni, che nelle situazioni in cui si palesasse la necessità di una rappresentanza uniforme di tutte le professioni sanitarie si sia dovuto ricorrere a stratagemmi in grado di colmare il vuoto normativo e l'asimmetria esistente tra le professioni regolamentate e quelle che regolamentate non sono. Così com'è evidente che, ancora oggi, in certe sedi istituzionali, allor quando si presenti al necessità di procedere a formali consultazioni, le professioni non regolamentate sono costrette, pur di riuscire ad esprimere il proprio legittimo punto di vista, a reclamare una presenza che non viene mai data per acquisita".

Da qui l'auspicio che le professioni sanitarie non fornite di un Albo possano presto guadagnare il riconoscimento istituzionale del loro ruolo attraverso la costi-

tuzione di specifici Ordini e Collegi. Un'aspettativa che le suddette figure sanitarie riversano sul nuovo impianto normativo di disciplina degli Ordini professionali in discussione al Parlamento. "Non possiamo non ribadire – conclude il documento finale dell'assise – che ciò che ci attendiamo è che le aspettative di migliaia di professionisti e dei cittadini affidati alle loro cure possano essere finalmente e rapidamente soddisfatte".

in pillole

IL SILENZIATORE ANTIVIRUS

Anche gli animali dispongono di un interessante sistema antivirus: una sorta di "silenziatore" per l'Rna. La scoperta è stata fatta dagli scienziati dell'Università della California di Riverside ed ha subito guadagnato la copertina della prestigiosa rivista Science. Secondo il lavoro condotto da Shou Wei Ding e dai suoi collaboratori, le cellule animali, quando entrano in contatto con un virus, attivano un meccanismo capace di intercettare l'Rna e quindi si impedisce la replicazione dei microrganismi. L'Acido ribonucleico è un componente fondamentale dell'espressione dei geni contenuti nel Dna. In particolare, l'Rna messaggero (mRna) è quello che trasmette l'informazione contenuta nel codice genetico in modo che vengano fabbricate le proteine corrispondenti. Ciò che i virus fanno è integrarsi nel codice genetico della cellula convincendola a produrre copie di se stessi. Il "silenziatore" genetico è capace di intercettare proprio l'Rna messaggero che trasporta le informazioni del virus. Quindi, anche se il microrganismo ha infettato la cellula, non riesce a replicarsi perché il suo codice genetico non può essere tradotto in proteine. Questo sistema di difesa fu individuato già nel 1990 nelle piante, ma ora appare chiaro che si tratta di un sistema utilizzato anche dagli animali. Secondo i ricercatori di Riverside la scoperta potrebbe aprire le porte alla messa a punto di nuove e più efficaci terapie antivirali.

EMERGENCY CERCA INFERMIERI PER LE SUE MISSIONI

Emergency è l'associazione umanitaria senza scopo di lucro nata in Italia nel 1994 per fornire assistenza medico-chirurgica alle vittime civili dei conflitti menomate dagli ordigni bellici. Le sue attività specifiche sono: soccorso d'emergenza ai feriti, allestendo ospedali chirurgici e centri di riabilitazione; addestramento del personale locale per le necessità sanitarie più urgenti; promozione della pace attraverso progetti didattici; sostegno alla campagna umanitaria per la messa al bando delle mine antiuomo. In Afghanistan l'azione è ampliata alle aree materno-infantile, medicina di base, epidemiologia, malattie infettive. I pazienti trattati nei centri Emergency sono traumatizzati, feriti da mina o arma da fuoco, ustionati, poliomielitici. Gli interventi più frequenti riguardano la chirurgia addominale, vascolare e toracica. Emergency opera in Afghanistan, Iraq, Sierra Leone, Cambogia e Angola.

Requisiti professionali richiesti

Diploma di infermiere professionale; esperienza ospedaliera di almeno 3 anni continuativi in Chirurgia generale, Rianimazione, Ortopedia, Medicina interna d'urgenza, Sala operatoria come ferrista, Salute pubblica, Pediatria, Neonatologia; capacità diagnostica in base con strumenti a bassa tecnologia; capacità organizzative; disponibilità di permanenza all'estero per almeno 6 mesi.

Requisiti generali richiesti

Condizioni di buona salute; flessibilità, capacità di lavoro in team in condizioni di stress; senso della disciplina e rispetto delle regole di sicurezza fissate da Emergency; rispetto della cultura e delle tradizioni locali; capacità di adattamento a lavorare secondo i protocolli clinici e operativi di Emergency; disposizione a svolgere attività formativa rivolta allo staff nazionale; buona conoscenza della lingua inglese, scritta e parlata (portoghese per l'Angola).

Condizioni di inserimento

Collaborazione retribuita, copertura spese di vitto, alloggio, viaggio e assicurazione.

Iter selettivo

In sequenza: valutazione preventiva del curriculum vitae; questionario su competenze professionali e attitudini personali; prova di selezione (colloquio e test d'inglese orale e scritto) presso la sede Emergency di Milano.

Inviare curriculum vitae dettagliato a

Emergency - Ufficio Risorse Umane - Missioni Estere

E-mail: curriculum@emergency.it - Fax: 02/86316337

Form di candidatura: www.emergency.it sezione "Attività umanitarie/lavora con noi"

Gentile Presidente, leggo sempre attentamente e con piacere la rivista "Infermiere Oggi" che il Collegio spedisce a domicilio degli iscritti. E' sicuramente un importante mezzo di comunicazione tra noi infermieri e aiuta a far circolare le idee e a scambiarsi le esperienze di lavoro. Vorrei però far rilevare che i numeri che mi vengono recapitati arrivano sempre con grande ritardo rispetto alla data indicata in copertina. Non so quindi quanto siano aggiornate le informazioni che la rivista offre. Non sarebbe possibile una spedizione più celere?

Lettera firmata

Cara Collega, il suo appunto ci è mosso da diversi altri colleghi; dunque la sua lettera giunge utile a chiarire il perché della mancata corrispondenza tra la data di copertina e il ricevimento a casa della rivista.

La data di riferimento del numero è determinata da precise esigenze di spedizione, legate al regolamento e alle disposizioni legislative in vigore. Il Collegio, insomma, è costretto a pubblicare la rivista con quelle date di riferimento per rispettare la periodicità di spedizione registrata.

Ciò non significa però che il contenuto

dei diversi numeri non sia aggiornato, tanto più che tra l'inserimento dei testi e la stampa trascorre appena una manciata di giorni. Qualche ritardo può certamente verificarsi a carico del sistema di distribuzione, ma questo esula completamente dalle possibilità d'intervento del Collegio ed è comunque contenuto nell'ordine di pochi giorni.

Va poi sottolineato che "Infermiere Oggi" è, come lei stessa ha ben indicato, uno strumento di comunicazione tra colleghi e non un mezzo d'informazione di tipo cronachistico che, questo sì, richiederebbe tempi di recapito assai più stretti. La nostra rivista, insomma, non è assimilabile a un quotidiano che, se reca la data del giorno prima, è già da cestinare.

E' piuttosto un mezzo di interscambio di esperienze professionali che funge anche da vetrina per la divulgazione di appuntamenti e di eventi di specifico interesse infermieristico. Come certamente avrà notato, nonostante la mancata corrispondenza della data di copertina con quella di ricevimento, l'agenda degli eventi infermieristici che pubblichiamo su ogni numero è aggiornata e ricevuta in tempo utile.

Colgo infine l'occasione per invitare tutti i colleghi a partecipare attivamente alla redazione della rivista, contribuendo con articoli, studi, ricerche ed esperienze alla circolazione della cultura infermieristica.



Lo “starter kit” del ricercatore (parte seconda)

Lo scorso numero abbiamo dato qualche orientamento sull'uso dei motori di ricerca, e nello specifico **google**: approfondiamo stavolta alcuni piccoli “trucchi” per cercare meglio, se sappiamo a priori qualche informazione.

Ad esempio, in google, abbiamo la possibilità di cercare specificatamente una parola od insieme di parole solamente in un sito determinato. Questo ci aiuta in quei siti web che non sono forniti di “motore di ricerca interno”, e contengono molto materiale; la sintassi è la seguente

infermieri site:www.ipasvi.roma.it

dove al posto di *infermieri* sostituiamo il termine che a noi interessa cercare, ed al posto di *www.ipasvi.roma.it* sostituiamo con il sito contenente l'eventuale termine da ricercare. Proviamo ancora con

emergenza site:www.infermieri.com

piuttosto che

laurea site:www.ipasvi.it

Senza dubbio noteremo che, per ogni risultato ottenuto, avremo una descrizione della parte del sito cercato, e sottolineato in **grassetto** (o bold) la parola cercata nel contesto originale inserito.

Altra peculiarità: se il file trovato sarà differente da una pagina web semplice, google individua il tipo di formato di file in cui è contenuta la parola trovata; se per caso è una diapositiva di Microsoft® Power-

point®, vedremo di fronte al link relativo l'estensione, ed in basso la descrizione. Ecco in basso un esempio

[PPT] Nursing Practice

Formato file: Microsoft Powerpoint 97 -
Versione HTML

... 2 percorsi formativi universitari richiesti:
Laurea breve —2 anni – 60% + Infermieri negli USA. ... superamento degli esami. *
Laurea di Base - BSN. Sbocchi: ...
www.ipasvi.it/SpecialeXIIICongresso/relazioni/slides/Affonso_italiano.pps

Stessa cosa ovviamente se si tratta di files creati in Adobe® Acrobat®, troveremo l'estensione (PDF) e la descrizione in basso sul formato.

[PDF] Leggi 19 novembre 1990, n. 341

Formato file: PDF/Adobe Acrobat

... 1. Le università rilasciano i seguenti titoli: a) diploma universitario (DU); b) diploma di **laurea** (DL); c) diploma di specializzazione (DS); d) dottorato di ...
www.ipasvi.it/leggi/pdf/0091191190n341.pdf

A cura di Fabrizio Tallarita
Webmaster del Collegio IPASVI di Roma
[**webmaster@ipasvi.roma.it**](mailto:webmaster@ipasvi.roma.it)



**EDUCAZIONE SANITARIA
E PREVENZIONE
NEL BINOMIO
INFERMIERE-CITTADINO**

*Professione
Infermieristica:
Orgoglio
di essere,
Orgoglio
di appartenere!*



Corsi ECM Collegio IPASVI di Roma

PROFESSIONE INFERMIERE: ATTUALITÀ E PROSPETTIVE

POSTI 250

21 settembre - 4 ottobre 2004 - 11 dicembre 2004

Iscrizioni

Introduzione al corso e saluti
ai partecipanti.
(Presidente Dr. Gennaro Rocco)

Stato dell'arte della professione infermieri-
stica con particolare riferimento alle
recenti
modifiche legislative.
(Gennaro Rocco - Ausilia Pulimeno)

Profilo professionale quale guida per la
determinazione per la competenza e
l'agire.
(Ausilia Pulimeno - Marco Tosini)

L'etica e la deontologia professionale: i
valori di riferimento.
(Nicola Barbato - Maurizio Fiorda)

Dibattito tra pubblico ed esperti

Coffee - break (pausa caffè)

Come affrontare la sfida della qualità del-
l'assistenza.
(Carlo Turci - Maria Grazia Proietti -
Emanuela Tiozzo)

Tavola rotonda: responsabilità
dell'infermiere nuove frontiere.
(dr Gennaro Rocco - Nicola Barbato -
Ausilia Pulimeno)

Test di valutazione e gradimento

GLI INFERMIERI E LA DOCUMENTAZIONE

POSTI 80

29 settembre - 29 ottobre

Iscrizioni

Stato dell'arte della professione
infermieristica con particolare
riferimento alle modifiche legislative.
(Gennaro Rocco)

La disciplina e lo sviluppo della
conoscenza infermieristica.
(Lia Pulimeno - Gianfranco Del Ferraro)

Evoluzione della documentazione e
riferimenti legislativi.
(Carlo Turci - Maria Grazia Proietti)

Documentazione e qualità
dell'assistenza.
(Mario Esposito - Nicola Barbato)

Tavola rotonda con i relatori: confronto
con i partecipanti sui contenuti degli
interventi.

Lavori di gruppo: la scheda
infermieristica quale strumento di lavoro
per l'equipe di assistenza.
Tutor: Stefano Casciato, Maurizio Fiorda,
Emanuela Tiozzo, Marco osini, Loredana
Fabriani, Patrizia Nappini, Alessandro
Stievano.

Discussione sui report dei gruppi e
conclusione dei lavori.

Segreteria congressuale:
Matilde Napolano, Bertilla Cipolloni,
Rodolfo Cotechini, Francesca Premoselli.

LA CULTURA DEL MIGLIORAMENTO CONTINUO NELL'APPROCCIO PER PROCESSI

POSTI 45

8 ottobre - 9 novembre

Tale corso è caratterizzato da quattro relazioni svolte in mezza giornata e lavoro di gruppo pomeridiano. Si prevedono i seguenti argomenti:

A - Risk Management (Gennaro Rocco - Lia Pulimeno)

B - L'approccio per processi Carlo Turci - Maria Grazia Proietti

C - Modelli organizzativi Nicola Barbato - Marco Tosini

D - Strumenti operativi Mario Esposito - Stefano Casciato

Corso Inps - Professione infermieristica: attualità e prospettive in ambito clinico e previdenziale

POSTI 200

6-7 ottobre 2004

Accoglienza partecipanti

Organizzazione, finalità e competenze INPS; protocollo informatizzato ed altri aspetti medico legali di interesse infermieristico. (M. Belloni)

Il Codice Deontologico, il profilo professionale. (G. Scarinci - P. Calì)

Norme sulla privacy, il segreto d'ufficio, il segreto professionale ed il codice di comportamento del dipendente pubblico. (G. P. Cioccia)

La responsabilità professionale alla luce della nuova normativa. Il progetto di protezione legali IPASVI. (M. Esposito)

I nuovi percorsi formativi e la progressione di carriera. (G. Rocco)

La comunicazione efficace, lo specifico infermieristico. (N. Barbato)

Dibattito e confronto.

(Barbato - Esposito - Rocco)

Dalla ricerca infermieristica alla ricerca dell'evidenza scientifica.

Nuovi orientamenti sulla gestione degli archivi sanitari informatizzati e cartei.

Tecniche e procedure informatiche e statistiche di interesse sanitario; il modello INPS. (P. Calì - G. Scarinci)

L'approccio assistenziale al paziente affetto da AIDS, TBC: attualità e prospettive. (G. Parri)

L'approccio assistenziale al paziente affetto da neoplasie: attualità e prospettive. (I. Vallario)

L'approccio assistenziale al paziente affetto da malattie cardiovascolari: attualità e prospettive. (T. Federici)

ACOS-DAY - La scelta etica nelle politiche sanitarie future: il contributo degli operatori sanitari cattolici

POSTI 120

16 ottobre 2004

Accoglienza partecipanti

Sistema sanitario e allocazione delle risorse: aspetti etici. (Valerio Rossi)

La formazione del professionista sanitario e il programma ECM: novità e prospettive. (Gennaro Rocco)

La valenza etica nella decisione professionale. (Dario Sacchini)

La progettualità come strumento operativo di azione. (Mario Esposito)

Investire sulla formazione come obiettivo di qualità. (Nicola Barbato)

Presentazione e discussione su casi clinici in piccoli gruppi.



4

Le opportunità formative
per l'infermiere si moltiplicano.
Laurea, master, laurea specialistica:
il nuovo percorso universitario si completa.

Laurea
in scienze
infermieristiche.
Una lode
alla professione.



IPASVI

**COSÌ
ATTACCATI
ALLA VITA.**