

*m*fermiere oggi



Anno XIV - N. 4 - Ottobre-Dicembre 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

periodico di idee, informazione e cultura del Collegio Ipasvi di Roma

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

FOTO: MARIO ESPOSITO

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



ASSOCIATO
ALL'UNIONE
STAMPA
PERIODICA
ITALIANA

Finito di stampare: Aprile 2005

Tiratura: 25.000 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, Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

Rubriche

1 EDITORIALE

di Gennaro Rocco

3 Aspetti organizzativi assistenziali al paziente sottoposto a chirurgia artroscopica in regime di day surgery
di Rinaldi Mario, Tocci Ida Monica, Storino Michele

10 IMPORTANZA E FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO ALL'INTERNO DI UNA AZIENDA OSPEDALIERA
di Maria Vittoria De Girolamo

15 Pratica riflessiva ed infermieri professionali: si conosce più di quanto si sa
di Luca Sementilli

18 Esserci per contare

21 Le istituzioni e gli infermieri: un confronto aperto

24 La responsabilità e gli operatori sanitari

27 Nuovo Punto Internet

30 Gli infermieri formatori di primo soccorso: un'esperienza...
di Santina Lancianesi e Franco Gavini

35 L'assistenza infermieristica al paziente sottoposto ad intervento di duodenocefalo-pancreasectomia (d.c.p.) in laparoscopia:
pre e post-operatorio
di C. Anselmo, C. Carola, P. Moretti, T. Viglianti, G. Allegretti, M.T. Calandro, F. Conti, M. D'Addario

43 La diagnosi infermieristica
di Cristian Vender

49 L'avvocato dice...

52 Indimenticabile Luigi

53 Linea diretta con il Presidente

55 L'angolo dei media

61 Infermieri in rete

63 Viaggio di Studio Collegio Ipasvi di Roma
Brasile - 27 Maggio-5 Giugno 2005

Dalle parole ai fatti

di Gennaro Rocco

Le elezioni regionali sono ormai alle nostre spalle, con il loro carico di polemiche, slogan, promesse, recriminazioni, accuse incrociate. Questioni queste che, in tutta franchezza, agli infermieri interessano poco. Ciò che piuttosto oggi ci preme sono: 1) la realizzazione dei programmi proposti per la soluzione di tanti problemi aperti e 2) il futuro della professione che poi coincide in tante parti, con quello degli assistiti.

E il cambio della guardia alla Regione Lazio, l'istituzione che più di ogni altra deve sobbarcarsi il peso e la responsabilità della politica sanitaria, ci offre l'occasione per ribadire le istanze della categoria che, giova ripeterlo, sono le stesse dei cittadini.

Gli infermieri sanno di aver ottenuto, strappandolo con i denti, il riconoscimento pieno di un ruolo e di una funzione mai raggiunti prima, nella formazione come nell'esercizio professionale, con nuove opportunità ma anche con nuovi rischi. E con la percezione di essere lasciati soli. Infatti, la condizione normativa in cui oggi ci troviamo ad operare è lontana anni luce da quella che quotidianamente viviamo nelle corsie!

Proprio questo è il punto, il nodo che chiediamo di sciogliere a chi si accinge a governare la nostra Regione: metterci nella condizione di tradurre nella pratica ciò che è rimasto vergato sulla carta. Che senso ha riconoscere per legge agli infermieri una nuova veste professionale se poi la di-



stanza tra la norma e la realtà resta siderale? Perché la difficoltà a tradurre le nuove scelte legislative nel concreto, sui luoghi di lavoro, nell'organizzazione del servizio, diventa insuperabile? A chi giova mettere alla prova così duramente il senso di responsabilità degli infermieri, spesso l'unico a garantire l'erogazione dei servizi minimi ai cittadini?

Domande che poniamo da tempo e che oggi giriamo a chi assume la responsabilità delle scelte: la nuova Amministrazione regionale. Ancora una volta, lo facciamo con fiducia ed anche con ottimismo, nella speranza di poter ottenere risposte chiare quanto necessarie, rapide e competenti. E allora patti chiari! E impegni altrettanto chiari da parte di chi guiderà la sanità laziale nei prossimi anni.

Il concreto riconoscimento dell'autonomia professionale, tanto per cominciare. L'esordio dei **Dipartimenti infermieristici** è una conquista importante che premia gli sforzi degli infermieri. Non una concessione alla categoria, ma una nuova stagione di responsabilità per professionisti dell'assistenza. Eppure, dopo aver vinto una storica battaglia in parlamento, attendiamo ancora che il principio sia sancito da una legge regionale. L'assistenza è un punto maledettamente serio, cruciale per tutta la sanità. Deve essere gestita da professionisti preparati, esperti della materia, con autonomia e responsabilità. Funziona così da tempo nei Paesi a sanità avanzata e anche a Roma esiste qualche buon

esempio che stenta però a diffondersi.

C'è bisogno poi di creare le condizioni per realizzare **modelli organizzativi diversi dagli attuali**, che risultano generalmente obsoleti ed inadeguati. Gli infermieri hanno contezza di quanto il cittadino chiede al Sistema Sanitario Nazionale e di quanto, per contro, questo non riesce a garantire. I tempi, gli orari, le modalità dei servizi non sono all'altezza delle attese. Troppo spesso ci imbattiamo in mentalità e culture organizzative tutt'altro che funzionali, gravati da mansioni improprie che finiscono per ostacolare il raggiungimento di standard assistenziali ottimali con il conseguente aumento dei rischi professionali. In questo campo chiediamo alla nuova amministrazione un confronto serio sulla **programmazione del fabbisogno** e sulla formazione delle figure di supporto (Operatori Socio Sanitari), figure che rappresentano senz'altro una risorsa se ben inserita nel sistema ma assolutamente inutile se viene vista come sostituzione dell'infermiere. Per evitare rischi di sovrapposizioni e di inutili conflittualità riteniamo necessario che esse siano formate in sedi qualificate con una lunga esperienza nel campo della formazione delle professioni sanitarie.

Ma l'aspetto più preoccupante continua ad essere la **gravissima carenza degli organici**. Ne deriva un onere davvero eccessivo per gli infermieri in servizio, costretti a sopportare turni massacranti e consecutivi, frutto spesso di "precettazioni" indispensabili a garantire il livello minimo di assistenza. E' la conseguenza della perdurante difficoltà a garantire almeno il turn-over, condizione che negli anni ha condotto a paurosi vuoti negli organici delle Aziende sanitarie e ospedaliere, come pure nelle strutture private. Gli infermieri pretendono che si affronti una volta per tutte ed in via definitiva la questione dell'emergenza. Interrogarsi sul perché sono pochi i giovani che scelgono questa professione; quali possono essere gli incentivi, i provvedimenti capaci di dare nuove motivazioni a chi già lavora e nuovi stimoli, incoraggiamenti ed opportunità a chi decide di incamminarsi su questa strada; creare percorsi di carriera che inducano l'acquisizione di titoli di specializzazione per l'implementazione di nuovi modelli assistenziali basati sull'uso delle

evidenze scientifiche; estendere agli infermieri il principio della **libera professione intramoenia** e così via. Riteniamo pertanto improcrastinabile la costituzione di un **osservatorio regionale** che si occupi in maniera seria, strutturata e continuativa di questi argomenti e che sia anche in grado di individuare e proporre soluzioni ai tanti problemi sul tappeto.

La **territorializzazione dell'assistenza** rappresenta un altro obiettivo da perseguire. Essa si realizza anche attraverso l'attivazione di servizi resi al cittadino dove questo vive e opera. E' necessario sviluppare delle strutture specialistiche per l'assistenza; favorire il decollo dell'assistenza domiciliare; istituire la figura dell'**infermiere di famiglia**; procedere all'istituzione ed al conseguente riconoscimento degli **ambulatori infermieristici** in tutte le ASL con la codifica delle prestazioni infermieristiche e la loro remunerazione; aumentare le attività di promozione della salute; prevedere l'impiego delle competenze infermieristiche anche fuori dall'ambito ospedaliero o ambulatoriale (nei luoghi lavoro, scuole, centri sportivi, unità produttive, ecc.); utilizzare gli infermieri nei processi di educazione alimentare, nella diagnosi precoce, nella prevenzione generale, nelle attività di educazione alla salute.

E poi intervenire seriamente nel campo della **formazione continua (ECM)** con l'attivazione **dei Piani Formativi Aziendali** in tutte le strutture di cura, secondo il principio per cui le stesse Aziende debbano promuovere i corsi da svolgere in loco, gratuitamente e in orario di lavoro, senza costringere il personale a pesanti e onerosi trasferimenti.

Rivendicazioni e indicazioni che gli infermieri offrono a chi oggi assume la guida della sanità. Come sempre, lo fanno con spirito costruttivo, ma anche con la determinazione di chi troppe volte ha assistito a una parata di promesse vuote od onorate solo per metà.

Dunque, chi vuol davvero sposare la causa degli infermieri, cioè la stessa dei cittadini, assuma impegni precisi su quanto denunciato e suggerito. E soprattutto li mantenga.

Noi saremo qui a verificarlo.

Giuseppe Parisi

Aspetti organizzativi assistenziali al paziente sottoposto a chirurgia artroscopica in regime di day surgery

di Rinaldi Mario, Tocci Ida Monica, Storino Michele*

INTRODUZIONE

La nuova filosofia di intervento che utilizza la formula del Day Surgery, ha portato un cambiamento sostanziale nell'assetto chirurgico delle liste operatorie e soprattutto nella diminuzione occupazionale dei posti letto in una unità operativa chirurgica traendo, infine, dei vantaggi economici, con diminuzione delle spese sanitarie.

L'utilizzo del Day Surgery consente di liberare le strutture ospedaliere da una grande quantità di interventi minori, consentendo alla struttura di dedicarsi con maggiori risorse umane ed organizzative, all'assistenza delle patologie più impegnative, migliorando il livello qualitativo di tutte le prestazioni.

L'entrata in vigore del DPR n° 54 del 14.1.1997 ha previsto, ai pazienti che sono stati trattati in regime di Day Surgery, di beneficiare di tre accessi, che possiamo definirli: primo accesso diagnostico, secondo accesso chirurgico, terzo accesso di controllo post operatorio.

L'organizzazione clinica ed amministrativa di questa formula permette di eseguire, in un ambiente protetto e sicuro, interventi in anestesia locale o loco regionale, dove il paziente ha un percorso privilegiato e non incide nell'assetto dei grossi complessi operatori.

Gli obiettivi che ogni unità operativa si propone nell'utilizzo del Day Surgery sono:

- Diminuzione dei tempi di attesa per l'intervento.
- Diminuzione dei costi per la degenza.
- Ottimizzare l'occupazione dei posti letto.

L'utente dopo la visita in ambulatorio specialistico viene inserito in una lista di attesa su segnalazione del chirurgo specialista e su richiesta telefonica del capo sala per intraprende il percorso all'intervento chirurgico.

1° ACCESSO DIAGNOSTICO.

Un medico o l'infermiere dell'equipe dedicata accoglie il paziente a digiuno in reparto, compila la cartella clinica, esegue l'esame obiettivo e prescrive i prelievi ematochimici, l'E.C.G. e le radiografie necessarie.

Ricevuto il parere favorevole dall'anestesista, il paziente riceve uno stampato contenente le istruzioni per la preparazione domiciliare, nonché l'appuntamento per il secondo accesso. Al termine il paziente informato sul tipo di intervento, firma il consenso all'intervento in Day Surgery.

2° ACCESSO CHIRURGICO.

Il paziente giunge in reparto a digiuno, un infermiere provvede ad accoglierlo, ed ad eseguire eventuale tricotomia, il paziente è accompagnato nel blocco operatorio dove sarà sottoposto ad intervento chirurgico. Terminato l'intervento, il paziente torna al reparto dove vengono valutate le condizioni ge-

nerali e locali per poi procedere alla sua dimissione.

3° ACCESSO POST OPERATORIO

L'utente torna per l'ultimo accesso dopo un periodo variabile dai tre ai sette giorni ove l'infermiere professionale rinnova la medicazione e il medico rilascia l'eventuate prescrizione.

LA CHIRURGIA ARTROSCOPICA

Cenni storici

I primi studi sull'artroscopia risalgono a Takagi (1933) che per primo esplorò la cavità intrarticolare di un ginocchio con un apparecchio non dotato di un sistema di lenti.

Da allora molti autori si interessarono all'argomento ma l'artroscopia non si diffuse fino a quando Watanabe, allievo di Takagi, pubblicò nel 1957 il primo atlante di artroscopia diagnostica.

Nel 1962 Watanabe stesso effettuò le prime meniscectomie parziali, Jackson effettuò la prima artroscopia chirurgica in un manico di secchio (1976).

In Italia nel 1950 Santacroce e Banfo presentarono il primo strumentario artroscopico italiano al 35° Congresso S.I.O.T..

Nel 1971 Perelli e Randelli discussero la loro esperienza sulla tecnica artroscopica in occasione del 56° Congresso S.I.O.T..

La chirurgia artroscopica è una tecnica che permette al chirurgo operatore di visualizzare, diagnosticare e

trattare le patologie all'interno delle articolazioni.

La parola artroscopia, che deriva dal greco, significa "guardare dentro alle articolazioni".

Diagnostica ed indicazioni.

In un esame artroscopico il chirurgo esegue una piccola incisione nella pelle del paziente ed inserisce uno strumento delle dimensioni di una matita, che contiene un sistema di lenti e di illuminazione che permettono di ingrandire ed illuminare l'interno delle articolazione (Figura 1).

Collegando l'artroscopia ad una telecamera miniaturizzata; il chirurgo è in



Figura 1 – Strumentario e carrello artroscopico

grado di vedere l'interno dell'articolazione attraverso una piccola cicatrice piuttosto che attraverso le ampie incisioni proprie della chirurgia tradizionale.

La diagnosi delle lesioni e delle malattie articolari parte da una accurata ricostruzione di ciò che ha proceduto il

problema, dalla visita del paziente e normalmente da un esame radiografico.

Ulteriori esami, quali risonanza magnetica nucleare o la tomografia assiale computerizzata, possono rendersi necessari.

Attraverso l'artroscopio, viene fatta la diagnosi finale che può essere più precisa che con la chirurgia tradizionale o che con indagini radiografiche.

Malattie e traumatismi possono danneggiare l'osso, la cartilagine, i legamenti, i muscoli ed i tendini.

Alcuni delle più frequenti condizioni riscontrate durante un esame artroscopico sono:

A) INFIAMMAZIONE

Sinovite - infiammazione del rivestimento interno delle articolazione nel ginocchio, spalla, gomito, polso o Caviglia.

B) LESIONE acuta o cronica

Spalla- rottura della cuffia dei rotatori, conflitto sub acromiale e lussazioni recidivanti.

Ginocchio - rotture dei menischi, condromalacia (usura o danneggiamento del rivestimento cartilagineo) e rottura dei legamenti crociati con instabilità.

C) CORPI LIBERI INTRA- ARTICOLARI.

Ginocchio-spalla-gomito-caviglia-polso.

Sebbene attraverso l'artroscopio possa essere visualizzato l'interno di quasi tutte le articolazioni, sei articolazioni sono più frequentemente esaminate.

Queste sono il ginocchio, spalla, gomito, caviglia, polso, anca (Figura 2).

Probabilmente, grazie al progresso tecnologico, in futuro altre articolazioni potranno essere curate con la chirurgia artroscopica.

Patologie

L'intervento artroscopico, sebbene molto più rapido in tempi di recupero rispetto alla chirurgia tradizionale, richiede l'uso della anestesia e di sale operatorie specificamente attrezzate; il paziente è quindi sottoposto ad anestesia che potrà essere locale, loco-regionale, spinale o generale a seconda del tipo di patologia o dell'articolazione da trattare.

Una piccola incisione, delle dimen-

sioni di 4-5 millimetri, viene fatta per introdurre l'artroscopio; altre simili incisioni potranno essere necessarie per visualizzare altre parti dell'articolazione o per introdurre gli strumenti costruiti specificamente per la chirurgia artroscopica,

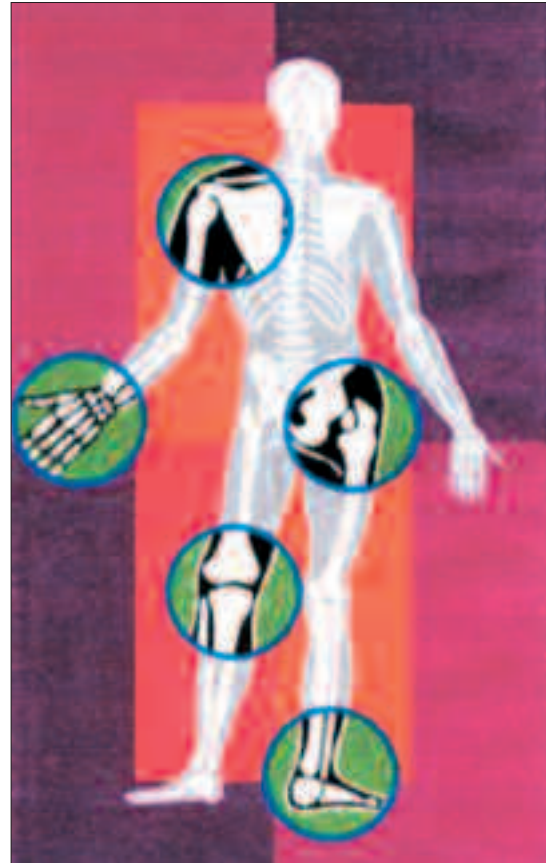


Figura 2

inizialmente rappresentati da un semplice strumento diagnostico che permetteva di pianificare un successivo intervento eseguito con la tecnica tradizionale.

Le patologie più frequenti che vengono trattate in chirurgia artroscopica in regime di Day Surgery, sono senza dubbio le artroscopie di ginocchio, spalla, e caviglia.

A livello statistico l'artroscopia di ginocchio è quella più frequente.

Quasi tutte le lesioni meniscali possono essere trattate con successo con la chirurgia artroscopica.

LESIONI MENISCALI

Le lesioni meniscali sono piuttosto frequenti, colpiscono soggetti di qual-

siasi età e possono coinvolgere il corpo del menisco, il corno anteriore e quello posteriore; si dividono in radiali, orizzontali e verticali; esistono poi altre tipi di lesioni, che meritano di essere ricordate per la loro frequenza anche se possono rientrare nella classificazione precedente e sono la lesione a "manico di secchio" e le lesioni degenerative, che possono assumere caratteristiche complesse per combinazione dei diversi tipi di lesione.

LESIONI DEL MENISCO MEDIALE

Le lesioni del menisco mediate sono insieme alla lesione del collaterale mediale le più comuni lesioni del ginocchio. Le ragioni della alta frequenza delle lesioni meniscali sono da ricercarsi nell'anatomia del menisco mediale che risulta adattarsi peggio del menisco laterale alle dislocazioni ed inoltre alla maggior frequenza dei traumatismi in valgismo del ginocchio con intrarotazione del femore rispetto al piatto tibiale (il piede fa da perno).

Il menisco mediale può inoltre essere soggetto alla lesione degenerativa; cioè; essere "consumato" nell'attrito che si sviluppa tra tibia e perone, nel caso essi non siano perfettamente allineati.

Questo tipo di lesione è classica dei soggetti con età superiore ai 40 anni ed è un segno iniziale dell'artrosi.

Clinicamente vi è la presenza di forte dolore, tumefazione, impotenza funzionale, e perciò necessario attendere un paio di settimane per poter effettuare una diagnosi precisa del tipo di lesione e di quelle eventualmente associate.

La diagnosi può essere più semplice quando vi sia la presenza di un blocco meniscale come nelle lesioni a manico di secchio oppure complessa come nelle lesioni degenerative, in generale è possibile apprezzare un dolenzia localizzata all'emirima mediale.

Il test specifico per la diagnosi è quello di Steinman con paziente sdraiato sul lettino, ginocchio flesso a 90 ° gradi, cadente dal lettino e movimenti di extrarotazione che suscitano dolore all'emirima mediale nel caso vi sia lesione sospettata.

LESIONE DEL MENISCO LATERALE

La lesione del menisco laterale hanno una frequenza minore rispetto a quelle del menisco mediale, perché il menisco laterale è più grande ed è in grado di sopportare meglio gli spostamenti, inoltre il meccanismo traumatico è più insolito essendo dovuto a traumatismi in extrarotazione del femore sulla gamba .

L'intervento artroscopico consiste nell'ablazione di tutto il menisco o di parti di esso a seconda del tipo di lesione.

Il paziente cammina in carico complete il giorno seguente, torna alla vita normale 3-4 giorni dopo ed allo sport 10-15 giorni dopo.

Dopo l'intervento, le piccole incisioni vengono chiuse (normalmente con un punto di sutura) e vengono coperte con una medicazione: quindi il paziente viene trasferito dalla sala operatoria ad una camera di osservazione.

Molti pazienti non hanno neppure bisogno di farmaci antidolorifici nel periodo post-operatorio.

Prima della dimissione, vengono dati al paziente le istruzioni necessarie per la cura delle ferite chirurgiche e per tutto ciò che può e deve essere fatto, per gli esercizi che possono aiutare il recupero.

Durante le successive visite ambulatoriali o in regime di Day-Surgery il chirurgo ispezionerà le ferite, rimuoverà le suture (se presenti) e darà le indicazioni per il programma di riabilitazione.

Il tipo di procedura chirurgica ed il tempo di recupero dipendono dalla complessità della patologia.

A volte, durante l'artroscopia, il chirurgo può scoprire patologie o lesioni che non possono essere trattate adeguatamente con la sola chirurgia artroscopica e quindi necessario trasformare l'intervento in una procedura tradizionale mentre il paziente è ancora sotto anestesia o rimandarlo ad una data successiva, dopo aver informato lo stesso paziente.

Sebbene rare; possono a volte verificarsi delle complicanze durante o in seguito all'artroscopia.

Infezioni, flebiti, sanguinamento o gonfiore, lesione a vasi e nervi, rottura di strumenti chirurgici, sono le più comuni

complicanze, ma si verificano con una frequenza che è molto inferiore all'1% di tutte le procedure artroscopiche.

L'artroscopia ha ricevuto una grande attenzione da parte del pubblico in quanto è frequentemente utilizzata per curare atleti di fama mondiale.

Non dobbiamo dimenticare che dei benefici di questa tecnica possono godere tutti i pazienti che hanno patologie ortopediche e che generalmente il trattamento risulta più "facile" rispetto alla chirurgia tradizionale: dopo una artroscopia eseguita in Day-Surgery la maggior parte dei pazienti è in grado di tornare a casa poche ore dopo l'intervento.

Le piccole ferite chirurgiche impiegano circa 10 giorni a guarire, la medicazione confezionata in sala operatoria viene generalmente rimossa dopo 3-4 giorni. Sebbene le incisioni siano molto piccole ed il dolore in una articolazione sottoposta ad artroscopia sia minimo, sono necessarie alcune settimane per il completo recupero funzionale; uno specifico programma di rieducazione funzionale può essere suggerito per accelerare la guarigione e prevenire danni futuri.

L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

L'assistenza infermieristica in sala operatoria può essere suddivisa in tre momenti principali:

- Assistenza infermieristica prima dell'intervento: ha inizio con l'arrivo del paziente nel blocco operatorio e termina con l'inizio dell'intervento chirurgico.
- Assistenza infermieristica durante l'intervento chirurgico; rappresenta la durata dell'intervento.
- Assistenza infermieristica dopo l'intervento chirurgico: ha inizio con la fine dell'intervento chirurgico e termina con il trasporto del paziente nel reparto di Day-Surgery.

ATTIVITA' INFERMIERISTICA PRIMA DELL'INTERVENTO CHIRURGICO:

In questa fase l'infermiere professionale provvede:

- A favorire l'accoglienza del paziente

(temperatura e illuminazione adeguate, supporto psicologico).

- Al controllo della documentazione necessaria all'intervento chirurgico (esami ematochimici, strumentali, consenso informato all'intervento).

- Al controllo della preparazione fisica del paziente (pulizia e disinfezione della cute, tricotomia).

- Al controllo e verifica dello stato psichico del paziente (livello di informazioni ricevute).

- Ricerca della presenza di sintomi di ansia identificando il modo in cui l'ansia agisce sull'organismo del paziente.

- Aiutare il paziente a gestire l'ansia attraverso una comunicazione efficace, con informazioni chiare e corrette.

- Incannulamento vena.

- Verifica materiale intubazione e funzionamento del respiratore.

- Collaborazione con l'anestesista.

Ovviamente, prima dell'entrata del paziente in sala operatoria, l'infermiere professionale dovrà procedere alla preparazione della sala stessa con le apparecchiature elettromedicali e tutti i presidi medico chirurgici necessari per tipo di intervento che verrà eseguito.

L'infermiere professionale provvede alla sistemazione del paziente in posizione supina, in caso di artroscopia di ginocchio. L'arto da operare viene fissato a livello della coscia con un apposito assistente chirurgico, chiamato "Leg holter", reso solidale al tavolo operatorio, e posto circa a 8 dita prossimamente alla base della rotula; questo consente di stressare il ginocchio in varo e valgo con il fianco, avendo ambedue le mani libere (Figura 3).

E' opportuno che l'infermiere professionale sistemi un cuscino in gomma morbida sotto il cavo popliteo controlaterale onde evitare compressioni vascolonervose.

ATTIVITA' INFERMIERISTICHE DURANTE L'INTERVENTO INFERMIERE STRUMENTISTA.

- Verifica e mantenimento della sterilità.
- Tecniche corrette.

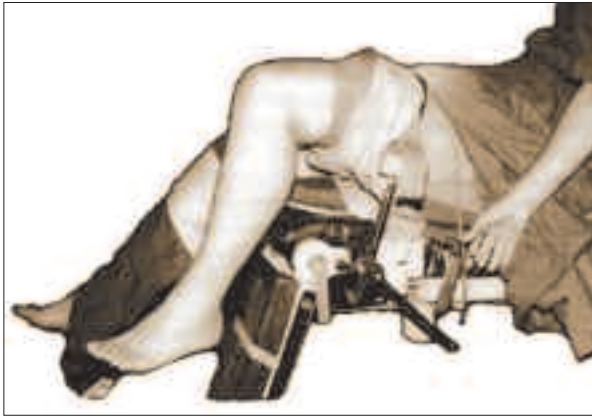


Figura 3

ATTIVITA' INFERMIERISTICHE DURANTE L'INTERVENTO: INFERMIERE DI SALA OPERATORIA.

- Supporto all'equipe operatoria.
- Monitoraggio dei parametri vitali (Figura 4).
- Collaborazione con l'anestesista.
- Supporto psico-fisico al paziente.

ATTIVITA' INFERMIERISTICHE DOPO L'INTERVENTO.

- Medicazione con fasciatura leggera o con appositi tutori a seconda dell'intervento eseguito.



Figura 4

- Collaborazione con l'anestesista.
- Controllo della insorgenza di possibili complicanze dopo l'artroscopia.
- Rientro del paziente nella propria unita operativa.

In questa fase l'infermiere professionale provvede:

- Ad assicurare un'assistenza infermie-

ristica sicura ed efficace ai pazienti sala risveglio.

- A favorire e mantenere un'adeguata funzionalità delle vie respiratorie.
- A monitorare e mantenere un adeguato stato circolatorio.
- Al controllo della ferita chirurgica, alla valutazione della temperatura e colore della zona interessata (figura 5).
- Al controllo della medicazione e della elasto compressione.
- Al controllo del corretto posizionamento dei tutori ortopedici.
- Al controllo della diuresi, del bilancio idroelettrolitico, delle condizioni emodinamiche (frequenza cardiaca, pressione arteriosa), della temperatura corporea.
- Ad identificare le potenziali complicanze post operatorie e attuare gli interventi per prevenirle.
- A valutare la preparazione del paziente ad essere trasferito al reparto di degenza.

COMPLICANZE

Le possibili complicanze sono rappresentate dal marcato e persistente dolore che viene risolto con l'applicazione di ghiaccio e maggiore riposo; talvolta con l'aspirazione del liquido per mezzo di siringa (artrocentesi).

L'infezione si manifesta con febbre alta e dolore pulsante e spesso è necessario eseguire un lavaggio dell'articolazione, in concomitanza con terapia antibiotica.

E' una complicanza temibile, che può compromettere l'esito dell'intervento e il completo recupero articolare ma è fortunatamente molto rara.

La tromboflebite delle vene, si manifesta con tumefazione del piede e della gamba stessa, con senso di forte pesantezza associata a dolore al polpaccio.

La rottura di strumenti all'interno dell'articolazione è una complicanza molto rara che viene risolta, in genere, con la semplice asportazione del pezzo metallico rotto mediante l'uso di cannule magnetiche in artroscopia, ma che talvolta può richiedere l'apertura chirurgica dell'articolazione per l'asportazione del frammento rotto.

CONCLUSIONI

Grazie al miglioramento delle tecniche chirurgiche ed anestesologiche, si è sviluppata la metodica del Day-Surgery in ambito ortopedico in special modo nelle artroscopie diagnostiche e chirurgiche.

Del resto è noto che paesi come la Gran Bretagna, il Canada, gli Stati Uniti effettuano circa il 50% degli interventi chirurgici in regime di ricovero giornaliero.

Questo ha determinato sia un beneficio per i pazienti, che possono essere dimessi nella stessa giornata con un abbattimento dei costi sanitari.

L'affinamento delle metodiche di anestesia ha modificato l'atteggiamento diffidente dei pazienti nei confronti dell'intervento chirurgico.

La chirurgia di giorno presenta dei vantaggi che vanno a diretto beneficio dell'utente, come ad esempio:

- La possibilità che possa mantenere le proprie abitudini di vita, per il ridottissimo periodo di degenza;
- Un ambiente più sereno e confortevole,

rispetto ai reparti di degenza con dedicati;

- La possibilità di avere sul posto la presenza di uno o più familiari che determinano la sicurezza;
- La riduzione drastica delle infezioni nosocomiali;
- Eliminazione delle liste di attesa;
- La certezza di essere operate.

La formula operatoria della Day-Surgery, non si limita solo all'aspetto della qualità delle prestazioni e a quello economico, ma anche all'aspetto psicologico.

AUTORI

*Inf. Coord. Rinaldi Mario,
Inf. Coord. Tocci Ida Monica,
Inf. Storino Michele
Azienda Ospedaliera
San Camillo-Forlanini*

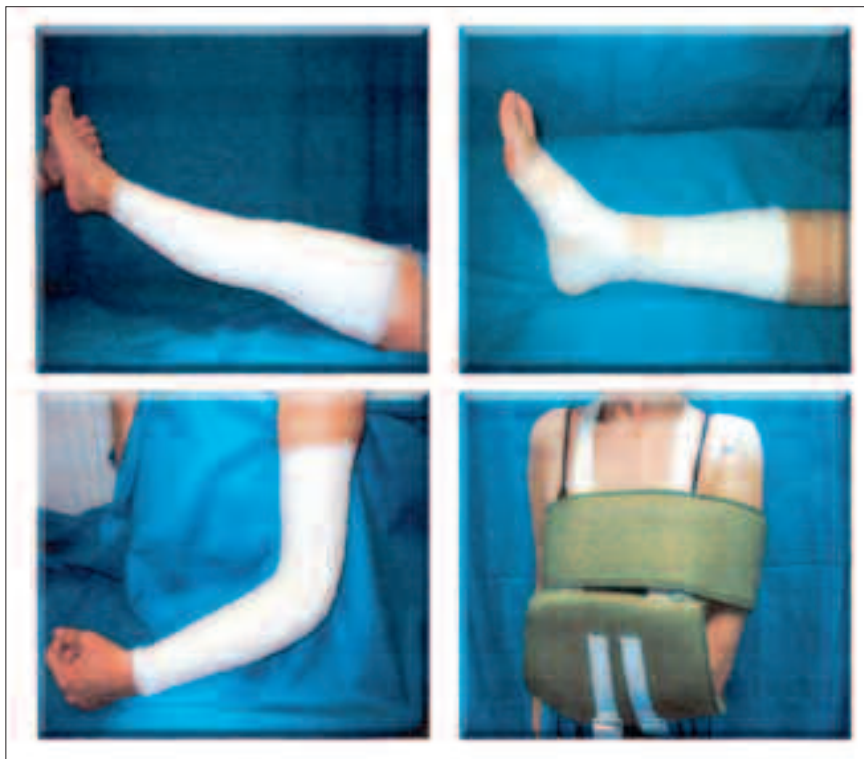


Figura 5

IMPORTANZA E FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO ALL'INTERNO DI UNA AZIENDA OSPEDALIERA

di Maria Vittoria De Girolamo

QUADRO NORMATIVO

Il processo di aziendalizzazione attuatosi nella sanità italiana prima con il decreto legislativo n° 502/92 e successivamente con il n° 229/99, ha introdotto importanti mutamenti strutturali nelle aziende sanitarie di cui uno di questi è stato l'avvio della logica dipartimentale.

Le finalità dell'organizzazione dipartimentale possono essere così riassunte:

- Superamento di un'assistenza sanitaria sempre più frammentaria, preferendo una di tipo più specialistico allo scopo di garantire interventi pluridisciplinari (aumento di efficacia);
- Realizzazione di un risparmio nell'utilizzo di risorse sempre più scarse, continuando a garantire interventi di alta qualità.

In ambito normativo si è iniziato a parlare di Dipartimento intorno agli anni settanta: il primo riferimento legislativo, infatti, risale al 1969 con il D.P.R. n° 128 riguardante *"Ordinamento Interno dei Servizi Ospedalieri"* di cui all'articolo 10, comma 2 e 3, parla di *"...strutture organizzative a tipo dipartimentale tra divisioni, sezioni e servizi complementari al fine della loro migliore efficienza operativa dell'economicità di gestione e del progresso tecnico e scientifico."*¹.

Di organizzazione dipartimentale, si parla nuovamente nel 1975 con la legge

n° 148 *"Disciplina sull'assunzione del personale sanitario ospedaliero e tirocinio pratico"* che prevede l'utilizzazione, in comune, di attrezzature specialistiche, di impianti tecnologici e di servizi strumentali delle unità operative, al fine di conseguire efficienza tecnica ed economia di gestione.

Questi riferimenti legislativi, purtroppo, forse perché ancora lontani, non si traducono in pratica, in effettive possibilità applicative.

Per assistere a qualcosa di concreto, dobbiamo attendere il decreto legislativo n° 502/92 *"Riordino della disciplina in materia sanitaria"* dove si afferma all'art. 4 comma 10 che, le regioni *"provvedono alla riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri organizzando gli stessi presidi in dipartimenti"*².

Ulteriori disposizioni sui dipartimenti, sono contenute nel decreto legislativo n° 229/99 *"Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale"* dove si stabilisce all'articolo 17 bis comma 1 che *"l'organizzazione dipartimentale è il modello di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie"*³.

Lo stesso decreto, contiene altri richiami al Dipartimento: nell'art. 4 comma 2 dove si afferma che l'organizzazione dipartimentale, è il primo requisito per la costituzione o la conferma di aziende ospedaliere nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

DEFINIZIONE E FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO

Il Dipartimento, è costituito da unità operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale. Le unità operative costituenti il Dipartimento, sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete, rispetto ai compiti assegnati adottando regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medico-legale ed economico.

Per quanto riguarda i criteri di assegnazione dei dipartimenti (per tipo di patologia, per organo interessato, per età del malato, per tipo di domanda, per tipo di intervento), questo spetta alle regioni che fissano le direttive generali ed alle aziende.

Alcuni possibili esempi di Dipartimento sono i seguenti:

- Chirurgia Generale e/o Specialistica;
- Medicina Generale e/o Specialistica;
- Cardiologia e Cardiochirurgia
- Neurologia e Neurochirurgia.

Nel dettaglio le funzioni del Dipartimento possono essere così riassunte:

- Funzione assistenziale;
- Formazione ed aggiornamento;
- Ricerca;
- Informazione e educazione sanitaria.

La funzione assistenziale è sicuramente, tra le più importanti in quanto è attorno ad essa che ruota tutta l'attività del personale infermieristico del Dipartimento: essa comprende, infatti, l'insieme di tutte quelle attività che mirano alla soluzione di un problema di salute.

Il compito assistenziale del Dipartimento sarà pertanto quello di dare una risposta globale alle domande dell'assistito; tutto ciò prevede quindi:

- La prevenzione;
- La preospedalizzazione;
- Le attività ambulatoriali;
- Il day hospital;
- Il ricovero ospedaliero ordinario;
- L'organizzazione dei trasferimenti interni;
- La riabilitazione;

- La dimissione protetta;
- L'assistenza domiciliare.

La scelta di introdurre un certo modello dipartimentale all'interno di una azienda ospedaliera, nasce dall'esigenza di garantire un servizio qualitativamente valido in cui persone, attività, tecnologie, strutture, interagiscono tra loro in modo coordinato ed integrato per garantire ai pazienti il miglior servizio al minor costo. Il modello organizzativo dipartimentale quindi, rappresenta un prerequisito indispensabile per favorire l'integrazione tra tutti coloro che contribuiscono allo sviluppo dei processi assistenziali.

Le modalità organizzative del Dipartimento, prevedono due organi distinti:

- Il *Direttore del Dipartimento*, a cui è attribuito il compito di:
 1. Assicurare il funzionamento del Dipartimento attuando i modelli organizzativi stabiliti dal comitato di Dipartimento;
 2. Promuovere le verifiche periodiche sulla qualità, secondo il modello prescelto dal comitato;
 3. Controllare l'aderenza dei comportamenti con gli indirizzi generali, definiti dal comitato, nell'ambito della gestione del personale, dei piani di ricerca, di studio e di didattica;
 4. Rappresentare il Dipartimento nei rapporti con il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario e con gli organismi esterni, ove è previsto che il Dipartimento operi in coordinamento e/o collegamento con gli stessi;
 5. Gestire le risorse attribuite al Dipartimento secondo le indicazioni del comitato di Dipartimento.
- La *Giunta di Dipartimento* composto dai responsabili di tutte le unità operative appartenenti al Dipartimento, di tutti i moduli organizzativi nonché dal personale assegnato dal Direttore Generale, le cui funzioni sono così elencate:
 1. Stabilire i modelli di organizzazione del Dipartimento;
 2. Programmare la razionale utilizzazione del personale del Dipartimento;
 3. Programmare la gestione delle at-

trezzature, dei presidi e delle risorse economiche assegnate al Dipartimento;

4. Fornire indicazioni per la gestione del bilancio assegnato al Dipartimento;
5. Stabilire i modelli per la verifica e la valutazione della qualità dell'assistenza fornita;
6. Proporre i piani d'aggiornamento e riqualificazione del personale, programma e coordina le attività di didattica, di ricerca scientifica e di edu-



FIGURA 1 – ORGANIGRAMMA DELL'ASSETTO DIPARTIMENTALE.

cazione sanitaria;

7. Stabilire gli obiettivi da realizzare nel corso dell'anno;
8. Programmare i fabbisogni di risorse sia di personale sia di dotazioni strumentali, valutandone le priorità;
9. Inviare al direttore generale, tramite il capo di Dipartimento, alla fine di ogni anno, un resoconto tecnico-economico sulle attività svolte.

Sono inoltre previsti, un Ufficio per la Gestione del Personale Infermieristico e Tecnico, con conferimento dell'incarico di responsabilità ad un infermiere in possesso del titolo di Dirigente dell'Assistenza Infermieristica, ed un Ufficio per la Gestione delle Attività Amministrative e di Segreteria. I suddetti uffici devono essere formalizzati dal Direttore di Dipartimento, su conforme decisione del Giunta di Dipartimento, di concerto con il Direttore Generale.

FUNZIONI DEL R.I.D. E DEL R.A.D.

All'interno di una azienda ospedaliera, tali uffici si identificano nella figura del **R.I.D.** (Responsabile Infermieristico del Dipartimento), e del **R.A.D.** (Responsabile Amministrativo del Dipartimento).

Il R.I.D. si occupa in prevalenza della gestione delle risorse umane e nello specifico:

- *Collabora* con il Direttore del Dipartimento per quanto attiene il raggiungimento degli ottimali livelli di assistenza;
- *Coordina i turni di servizio* del personale infermieristico ed ausiliario assegnato al Dipartimento, garantendo la continuità assistenziale;
- *Vigila* sul corretto espletamento dei piani di assistenza infermieristica;
- *Cura la pianificazione* delle attività formative;
- *Assegna le risorse infermieristiche* ed ausiliarie alle diverse unità operative del Dipartimento sulla base delle esigenze assistenziali e nel rispetto dei criteri fissati dal Servizio Infermieristico Centrale previo consulto con quest'ultimo;
- Nella programmazione delle attività farà riferimento al R.A.D., per quanto attiene gli aspetti economico-gestionali;
- *Partecipa*, senza diritto di voto, alle riunioni della Giunta di Dipartimento.

Il R.A.D. ha il ruolo di sostenere il Direttore del Dipartimento principalmente nella gestione del Budget e nello specifico:

- Fa da raccordo tra il Dipartimento e gli uffici tecnico-amministrativi dell'azienda ospedaliera;
- Svolge le funzioni di segreteria della giunta del Dipartimento;
- supporta il capo del Dipartimento nella

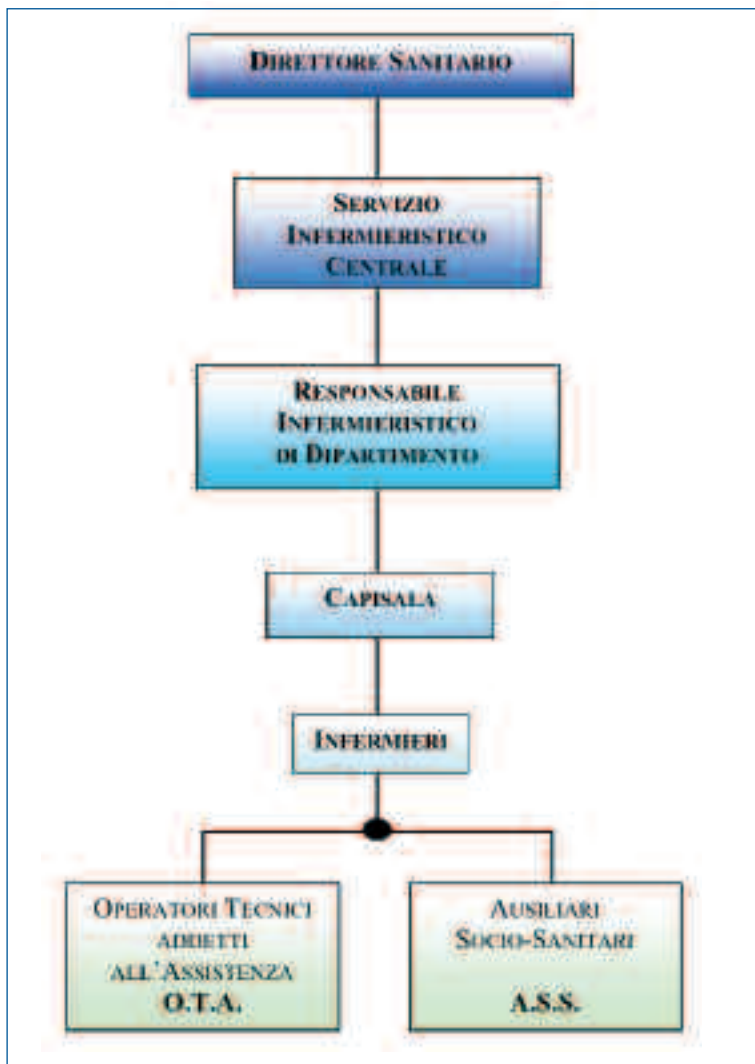


FIGURA 2 – ORGANIGRAMMA DI RIFERIMENTO PER IL R.I.D..

pianificazione del Budget e nell'analisi dei reports gestionali;

- E' responsabile dell'attuazione dei processi e delle procedure aziendali per quanto attiene gli aspetti amministrativi;
- Esegue revisioni periodiche in coordinamento con il controllo di gestione per il monitoraggio della gestione economica ;

Coordina le attività del personale di segreteria assegnato al Dipartimento.

Le persone chiamate a ricoprire il ruolo di R.A.D. vengono individuate e selezionate dopo un percorso di sviluppo articolato in tre fasi: sensibilizzazione, assessment, formazione manageriale.

AUTORE

Infermiera D.A.I
 Maria Vittoria De Girolamo
 POOL INFERMIERISTICO
 Dipartimento di Medicina
 Cardiovascolare
 Policlinico Universitario
 A. Gemelli ROMA



FIGURA 1 – ORGANIGRAMMA DELL'ASSETTO DIPARTIMENTALE.

Note:

- 1 C. Calamandrei, C. Orlandi "La dirigenza infermieristica "McGraw-Hill, Milano pag. 115
- 2 op.citata/cfr. "C.Calamandrei, C. Orlandi", pag. 116
- 3 op.citata/cfr. "C.Calamandrei, C. Orlandi", pag. 116.

L. Benci - "MANUALE GIURIDICO PROFESSIONALE PER L'ESERCIZIO DEL NURSING"

II° edizione, Editrice McGraw-Hill - Milano 2001.

A. Cambieri - "MANUALE DI LEGISLAZIONE SANITARIA"

Dispensa Scuola Speciale per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica "F. Olgiati".

C. Calamandrei, C. Orlandi - "LA DIRIGENZA INFERMIERISTICA"

II° edizione, Editrice McGraw-Hill - Milano 2002.

G. Del Bono - "TACCUINO" - VI n°3, 27/05/1996, Foglio notizie.

S. Izzo - "AL VIA I DIPARTIMENTI ASSISTENZIALI" in COMUNICARE - Bimestrale di informazione interna, sede di Roma U.C.S.C. n° 66/67 marzo-giugno 2001.

J.M.Prellezo, J.M.Garcia - "INVITO ALLA RICERCA" Editrice Las - Roma 2001.

in pillole

AIDS, VIA ALLA FASE DUE

Ai nastri di partenza la seconda fase di sperimentazione di un vaccino anti-Aids messo a punto negli Stati Uniti. Fa parte di una decina di prodotti analoghi studiati dalla coalizione scientifica internazionale "Hiv Vaccine Trials Network" (Hvtn). Diversamente da altri, il vaccino in questione non cerca di suscitare nell'organismo anticorpi in grado di combattere il virus, ma fonda su una strategia più sofisticata. I virus del raffreddore comune vengono modificati geneticamente in modo da accogliere tre geni specifici del virus Hiv, prodotti sinteticamente. Iniettati

nell'organismo, i virus così modificati dovrebbero essere in grado di suscitare la risposta dei linfociti T che si attiverebbero contro tutti i virus che trasportano geni simili, compreso l'Hiv. La prima fase della sperimentazione, a cui hanno preso parte mille volontari, ha mostrato che il vaccino è in grado di stimolare una risposta immunitaria forte e durevole. Alla seconda fase partecipano 1.500 volontari di diversi gruppi etnici, scelti fra quelli più esposti al virus. Finora solo due vaccini sperimentali hanno superato la "fase due"; uno però si è rivelato inefficace e l'altro, messo a punto dal Dipartimento della Difesa Usa, è ancora allo studio. I tempi per il loro utilizzo su ampia scala restano tuttavia molto lunghi.

Pratica riflessiva ed infermieri professionali: si conosce più di quanto si sa

di Luca Sementilli*

La figura professionale dell'infermiere, essendo molto complessa, non è definibile soltanto attraverso le specificità del rapporto medico-infermiere, né unicamente attraverso il rapporto infermiere-paziente, né facendo riferimento soltanto all'attività svolta in ospedale. Con questo studio si è cercato di conoscere attraverso la pratica una professione su cui poco si è indagato e su cui pesano numerosi stereotipi.

La pratica riflessiva si sviluppa a partire dagli anni '80 e si diffonde inizialmente nelle scienze sociali, pedagogiche e psicologiche e più tardi in altri ambiti, come tentativo di offrire una risposta alla necessità di assumere un diverso punto di vista nella formazione professionale. Il principale esponente di questa corrente è stato Donald A. Schön il quale ha proposto una nuova epistemologia della pratica professionale formata sulla "riflessione nel corso dell'azione". Il "professionista riflessivo" è colui che agisce, riflette sulla sua azione e tramite queste attività persegue uno sviluppo cognitivo capace di migliorare le azioni future.

Uno dei punti fondamentali del modello di Schön è la nozione di indagine intesa come un tipo di ricerca autoriflessiva condotta dal professionista nella realtà della pratica. Schön sostiene, inoltre, che i migliori professionisti sappiano più di quanto riescano ad esprimere – conoscenza tacita – e nel far fronte all'agire quotidiano essi ricorrono

a improvvisazioni che si apprendono più nel corso della pratica che nello studio teorico.

Nei mesi di Maggio e Giugno 2003 presso la Scuola D.A.I dell'Università "La Sapienza" di Roma ho collaborato, insieme ad un altro laureando, ora dottore, in Sociologia (Mario Romani), a due corsi di Sociologia tenuti dal prof. Consoli e dalla dott. Simona Marchi.

Da questi due corsi è nata l'idea di costruire un questionario da sottoporre ad Infermieri per indagare sulla pratica dell'infermiere. Il questionario è stato costruito tramite la costante collaborazione degli infermieri partecipanti ai due corsi, così da diventare il "contenitore-specchio" di una ipotesi esplicativa non formulata solo dal ricercatore.

Non si è cercato di "applicare" al mondo professionale studiato le spiegazioni e considerazioni tecniche ma si è trattato di raggiungere uno stadio in cui l'apprendimento si sviluppasse grazie ad un processo di partecipazione

Il questionario, costituito da 26 domande, è stato somministrato a 297 infermieri appartenenti ai reparti di "Pronto soccorso" e "Terapia intensiva", scelti per diversi motivi: mantenere una omogeneità con gli infermieri che avevano collaborato alla costruzione del questionario; reparti in cui più facilmente si è sottoposti a "crisi" professionali e quindi risultano più evidenti i criteri di giustificazione dell'agire professionale; reparti in cui il rapporto con il

paziente è debole (nel Pronto soccorso il paziente entra ed esce dal reparto, nella Terapia intensiva è bloccato nel letto).

Il campione è costituito dal 78% di donne e per il restante 22% da uomini, percentuali che corrispondono all'incirca a quelle nazionali della professione infermieristica.

Si è proceduto ad una preliminare analisi descrittiva delle frequenze di risposta da cui sono emersi vari aspetti della rappresentazione che gli infermieri danno del loro agire. Successivamente le variabili più significative sono state usate per una analisi di tipo HOMALS per evidenziare meglio i legami tra modalità di risposte e variabili e tra variabili stesse.

Dall'analisi effettuata e da tutto il percorso che è stato seguito nella tesi si possono trarre due tipi di conclusioni. La prima legata all'analisi dei dati e quindi a considerazioni sull'attività infermieristica; la seconda, invece, più legata alle tecniche statistiche usate.

Dal punto di vista della professione infermieristica ci si è interessati ad una professione che troppo spesso è stata considerata come ai margini del sistema sanitario, riducendola a stereotipi legati alla visione di un infermiere come "mano" esecutiva del medico.

La metodologia riflessiva usata ha evidenziato, invece, aspetti della professione che solo facendo raccontare in prima persona i professionisti potevano essere svelati. Ci si riferisce in particolare alla complessità della professione che si muove tra propria esperienza, uso del protocollo e formazione creando frustrazioni, insufficiente livello di attenzione e discussioni con i colleghi. Una professione dove si è sempre sul confine tra una dimensione più professionale, legata alle tecniche infermieristiche, e una meno professionale, legata invece all'uso della propria esperienza. Sono emerse criticità nella professione degli infermieri legate all'organizzazione che nei diversi reparti viene vista in modo diverso, una dalla visione del paziente e una dalla dicotomia ordine - disordine. Molto si è riuscito a capire sull'agire degli infermieri e su quelle conoscenze tacite, rendendo meno sfocata la propria professione.

Dal punto di vista metodologico, l'uso del questionario, come mezzo di rilevazione di dati qualitativi, ha portato ad importanti risultati. La costruzione di un questionario riflessivo, negoziato e ri-negoziato costantemente con gli infermieri del corso ha fatto sì di far esplodere domande come le metafore e la visione del paziente del reparto. In particolare modo la prima, dimostrando che in realtà le metafore sono state "medicalizzate". Il giardino incolto contrapposto al parco verde visto dagli infermieri del reparto Terapia intensiva come l'effettiva disposizione dei letti con i pazienti sopra malati, o ancora il disordine causato dalla presenza della malattia nel reparto e contrapposta all'ordine dato dalla cura del paziente.

AUTORE

Dott. Luca Sementilli

e-mail: Luca.sementilli@inwind.it

** Tesi di Laurea in Scienze Statistiche, Demografiche e Sociali: "Tecniche qualitative e quantitative di pratica riflessiva applicata alla professione infermieristica"*

L'inserto

Oltre 3.500 gli infermieri
che hanno partecipato
ai due convegni organizzati
dal Collegio IPASVI di Roma
nell'ambito della mostra
SANIT 2005.

I programmi scientifici
hanno visto la fattiva
collaborazione
dell'ANIARTI,
dell'ANIPIO e dell'ACOI.



Esserci per contare

Un'occasione per esserci. E per contare. Soprattutto questa l'istantanea delle quattro giornate di aggiornamento, confronto e cultura infermieristica protagoniste al Sanit 2005, la seconda edizione della mostra-convegno sui servizi sanitari che si è tenuta alla Fiera di Roma lo scorso febbraio.

E ad esserci, gli infermieri c'erano, tanti, attenti, pronti. Pronti anche a dire la loro a viso aperto nei confronti con gli esperti e gli amministratori chiamati dal Collegio IPASVI di Roma ad

animare una full-immersion di professionalità per approfondire temi importanti per il sapere infermieristico e la formazione di ognuno.

Ma anche un'opportunità ghiotta per far sentire il numero e la voce degli infermieri, le loro richieste, le proposte, mostrare la loro serietà. E poi un'occasione di incontro, di scambio, di condivisione della professione, con infermieri di diversa età, provenienti da aree ed esperienze eterogenee, che hanno vissuto a stretto contatto per gran parte del giorno e lo hanno fatto per





quattro giorni.

Sette le sessioni sui due temi portanti, ognuno sviluppato in due giornate: "Infermiere: esserci per contare" il 9 e 10 febbraio, "Infermiere esperto clinico" l'11 e 12 febbraio. Duplice l'obiettivo: individuare le strategie per ottenere il riconoscimento del ruolo e dell'attività nei nuovi sistemi organizzativi e gestionali del Sistema Sanitario Nazionale; illustrare attraverso l'esperienza delle associazioni scientifiche infermieristiche la validità dell'esperto clinico nelle aree assistenziali e la sua necessità. Il gradimento espresso da migliaia di infermieri al termine dell'evento dice che gli obiettivi sono stati centrati.

L'esordio, in coincidenza con l'inaugurazione del Sanit 2005, è stato appannaggio di un confronto vivace con politici e amministratori della sanità sul tema "Le istituzioni e gli infermieri: un confronto aperto". A nome del Collegio di Roma, il presidente Gennaro Rocca ha messo sul piatto il contributo della professione infermieristica al progetto

salute dei cittadini. E dai presenti ha raccolto l'impegno a coinvolgere di più gli infermieri nelle scelte strategiche di politica sanitaria e ad operare affinché all'infermiere sia riconosciuto pienamente il ruolo che ha e che esercita ogni giorno sul posto di lavoro; un ruolo fissato dalla legge dopo lunghe battaglie rivendicative della categoria, ma non ancora tradotto nella realtà operativa; un ruolo che, alla nuova professionalità, autonomia e responsabilità deve assicurare un diverso trattamento economico e una migliore organizzazione del lavoro.

La seconda sessione è stata interamente dedicata al tema "Formazione e sviluppo della professione", uno screening completo sull'offerta universitaria, post-laurea e sugli aspetti organizzativi delle aree di competenza. La terza sessione ha messo a fuoco il tema: "La responsabilità e gli operatori sanitari", con il contributo di esperti nei campi della giurisprudenza, della magistratura, dell'avvocatura e della medicina legale e con l'ulteriore apporto

del presidente dell'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione infermieristica Mario Schiavon che ha testimoniato lo sviluppo della cassa previdenziale autonoma degli infermieri e le sue prospettive. La quarta sessione è stata incentrata sul tema "Il governo clinico, quali prospettive", uno zoom sul governo clinico, il risk management e sui modelli organizzativi dell'assistenza di qualità.

La due-giorni di studio dedicata alla figura dell'infermiere esperto clinico è stata aperta dal seminario curato dall'AICO (Associazione Infermieri Camera Operatoria) sul tema "Gli infermieri nel blocco operatorio, le nuove strategie per una competenza certificata", con relazioni sulla comunicazione in sala operatoria, la formazione permanente dell'infermiere di sala operatoria, la documentazione basata sull'EBN, la ricerca infermieristica in sala operatoria. La sesta sessione, curata dall'ANIPIO (Associazione Nazionale Infermieri Prevenzione Infezioni Ospedaliere), ha messo a

fuoco i problemi vecchi e nuovi generati dalle infezioni ospedaliere, le novità in campo e il ruolo educativo. L'ultima sessione, a cura dell'Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica, (Aniarti) ha sviluppato il tema dell'area critica, con la relazione di apertura affidata al presidente della Federazione IPASVI Annalisa Silvestro ("Valorizzazione del ruolo dell'esperto clinico in area critica"); le altre relazioni hanno riguardato la nuova filosofia dell'emergenza, gli indicatori di qualità in area critica, la complessità assistenziale in area critica, il master in area critica.

Quattro giornate intense e faticose. Chi vi ha preso parte, però, se ne è tornato a casa con qualcosa di ben più consistente dei crediti ECM attribuiti ai corsisti: un senso di appartenenza e di condivisione della professione e dei suoi problemi, consapevole di avere la forza e la determinazione per proporsi per quello che un infermiere oggi è: un professionista dalla testa ai piedi, il professionista dell'assistenza.

in pillole

CERVELLO, SENTI CHI PARLA

Nel cervello c'è un nuovo centro del linguaggio, forse cruciale nel processo di apprendimento dei bambini. L'annuncio arriva dall'Istituto di Psichiatria del King's College di Londra, dopo uno studio con la risonanza magnetica funzionale che ha evidenziato connessioni tra quest'area, nella corteccia parietale, e quelle ormai da decenni considerate le aree del linguaggio, le regioni corticali di Broca e di Wernicke. Secondo quanto pubblicato sugli *Annals of Neurology*, i ricercatori hanno dimostrato ciò che il neurologo americano Norman Geschwind sospettava già nel 1960, ovvero che le aree del linguaggio potessero non essere solo due, una dedicata alla produzione, l'altra alla comprensione. La regione di nuova identificazione, una rete di forma tondeggiante che connette le prime due, è stata denominata "Territorio di Geschwind". La scoperta è stata

possibile grazie a una versione sofisticata della risonanza magnetica classica: la risonanza "tensore di diffusione" (DT-MRI) capace di cogliere il movimento delle molecole d'acqua nelle fibre nervose, tracciando così l'esatto orientamento delle fibre nervose stesse. Queste molecole, infatti, si muovono nei tessuti con diversa velocità, a seconda della densità e della struttura del tessuto. Il "Territorio di Geschwind" è l'ultima area del cervello a svilupparsi e il completamento della sua crescita coincide cronologicamente con lo sviluppo delle capacità di lettura e scrittura. Tra le linee di ricerca future c'è l'esame della maturazione di questa area e le sue connessioni nei contesti di dislessia e autismo. Inoltre, poiché questa regione risulta abbozzata anche nel cervello delle scimmie, è possibile che al suo interno custodisca le chiavi dell'evoluzione del linguaggio e forse prova che quest'ultimo si è sviluppato per modifica di aree cerebrali già esistenti, mutate e specializzate nel corso dell'evoluzione.

LA TAVOLA ROTONDA CON POLITICI E MANAGER SANITARI

Le istituzioni e gli infermieri: un confronto aperto

La tavola rotonda che ha aperto l'evento infermieristico del Sanit 2005 ha colto nel segno: il confronto diretto con chi guida la sanità a livello politico e amministrativo. Circa 1.700 infermieri hanno dato vita ad un incontro franco e aperto, sempre propositivo, non privo di accenti critici e risentiti.

Il tema "Le istituzioni e gli infermieri: un confronto aperto" ha consentito agli infermieri di mettere a disposizione dei livelli legislativi e decisionali le proposte

della categoria per migliorare il rapporto tra sanità e cittadini. Le ha illustrate il presidente del Collegio IPASVI di Roma Gennaro Rocco con la relazione "Essere infermiere: il contributo di una professione in evoluzione al progetto salute dei cittadini". Forte la sottolineatura del divario tra quanto riconosciuto agli infermieri dal nuovo quadro normativo e la realtà operativa e dell'incapacità a tradurre in pratica la nuova figura professionale dell'infermiere.



Nel suo intervento, il sottosegretario al Ministero della Salute, il senatore Cesare Corsi, ha fornito la stima della carenza di infermieri elaborata dal Governo: 40 mila unità. "Stiamo procedendo a una rivisitazione complessiva in chiave europea della figura dell'infermiere - ha spiegato - Non vogliamo colmare una lacuna di questa portata assumendo chiunque arrivi nel nostro Paese con un titolo da infermiere. Lo scopo primario è quello di difendere e tutelare il cittadino e siamo consapevoli che la formazione degli infermieri che c'è in altri Paesi non sempre è uguale a quella acquisita da quelli italiani e noi abbiamo la necessità di offrire garanzie di competenza e professionalità". Il senatore ha quindi illustrato le novità allo studio del Governo: «Stiamo per varare una nuova legge sull'ECM per renderla ancor più seria e rigorosa. C'è poi un disegno di legge sul Coordinamento infermieristico, che prevede l'introduzione della nuova figura del coordinatore infermiere e dell'infermiere

esperto clinico, che una volta varato consentirà una possibilità di carriera anche all'infermiere che vuole continuare a fare assistenza diretta. Questo porterà anche alla sperimentazione dei Dipartimenti dell'assistenza e alla possibilità di arrivare alla libera professione con la fine dell'"incompatibilità"». Infine il tema della prevenzione: «La salute ha bisogno degli infermieri per la prevenzione, specialmente per quella secondaria; è la strada obbligata per poter considerare gli ospedali come la fase finale dell'approccio assistenziale». L'onorevole Giulia Rodano, membro della Commissione Sanità del Consiglio Regionale del Lazio, ha rimarcato la necessità dei Dipartimenti infermieristici, motivando: «Ritengo che il futuro della sanità stia proprio nello sviluppo delle professioni sanitarie. Per difendere un sistema sanitario universalistico e pubblico c'è bisogno proprio di far crescere le professioni sanitarie. Lo si fa con una diversa utilizzazione delle risorse esistenti. Dobbiamo investire sulle profes-



sioni sanitarie, sulla loro remunerazione, sul loro processo formativo. Si deve uscire dal blocco del turn over e delle assunzioni che non ha prodotto risultati ed evitare il ricorso continuo ai contratti a termine. E poi non va sottovalutato il fabbisogno degli infermieri da cui deriva il numero dei posti disponibili per la formazione universitaria». In merito all'avvio dei Dipartimenti infermieristici, il presidente dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, l'onorevole Domenico Gramazio, ha argomentato: «E' inevitabile che il vecchio sistema opponga delle resistenze alle novità. E' questo il caso dei Dipartimenti infermieristici. Così leggo i ritardi di molte Aziende sanitarie sulla loro attivazione». E sulla carenza di infermieri ha aggiunto: «Il Piano Sanitario Regionale scade quest'anno e siamo al lavoro sul nuovo piano, di cui l'emergenza infermieristica sarà un punto centrale. L'infermiere che opera in questo sistema si sente spesso bistrattato e reclama un ruolo diverso. E' questa una professione molto dura e mal retribuita. Il nuovo Piano Sanitario Regionale dovrà tenerne conto».

Il dottor Dino Così, direttore generale dell'Azienda Ospedaliera Policlinico Umberto I di Roma, ha elogiato la crescita professionale degli infermieri: «Vi riconosco il possesso di una grande professionalità che io stesso non sospettavo e che ho imparato a conoscere sul campo». Ha citato l'esperienza della sua Azienda: «Abbiamo il problema dell'età media degli infermieri che aumenta costantemente in quanto i giovani assunti sono meno dei colleghi che vanno in pensione. E se a ciò si aggiunge la particolare usura tipica di alcuni reparti, con il conseguente riconoscimento dell'istituto del minor aggravio per molti infermieri, la situazione in cui ci troviamo ad operare si fa particolarmente difficile». Ha infine assicurato: «Credo nei Dipartimenti, tanto che il Policlinico ne conta già 19. Quello infermieristico non è ancora operativo perché si attende la legge regionale per poter fare le cose al meglio, evitando incongruenze. Ritengo che il Dipartimento infermieristico debba agire in modo trasversale tra i vari Dipartimenti. Ho in mente un piano per la sua attivazione e attendo il via dalla Regione per procedere».

in pillole

Infermieri e Usa

Buona fiducia!

Gli americani si fidano degli infermieri. Non così per gli avvocati e politici, men che meno dei venditori di auto.

E' quanto emerge dall'ultimo rapporto annuale "Gallup" sulla fiducia dei cittadini nelle categorie professionali, il popolare monitoraggio che misura il polso all'evoluzione dell'immaginario collettivo negli Usa in merito alle professioni di pubblica utilità e alla loro correttezza etica.

Il camice bianco del nursing sembra rassicurare fortemente i cittadini, tant'è che quella infermieristica è sempre stata in cima alla graduatoria delle 21 le professioni tradizionalmente valutate. L'unica eccezione si verificò nel

2001, quando l'operato dei pompieri dopo l'attacco alle Torri gemelle aveva reso i soccorritori di "Ground zero" molto popolari.

La ricerca è stata effettuata attraverso mille interviste telefoniche.

Netta anche per il 2004 l'affermazione degli infermieri; in seconda posizione per affidabilità gli insegnanti di scuola elementare (73%), seguiti dai farmacisti e dagli ufficiali militari. Risultano invece poco rassicuranti i banchieri (10° posto), i meccanici (11°), i funzionari statali (14°) e i giornalisti che scivolano al 16° posto. Il sondaggio assegna il fondo della classifica come professionisti più ambigui e impopolari ai politici (18° posto), agli avvocati (19°), ai pubblicitari (20°) e, come detto, ai venditori di automobili nei confronti dei quali gli americani affermano di muoversi con molta circospezione.

IL CONFRONTO CON GLI ESPERTI SUI RISCHI LEGALI

La responsabilità e gli operatori sanitari

Nuova professionalità, nuova formazione, nuove autonomie. Ma anche responsabilità nuove. La figura dell'infermiere cresce ed con questa crescono i rischi professionali. Grande attenzione ha destato il tema al centro della tavola rotonda sul delicato tema della responsabilità infermieristica, alla presenza di vari esperti nei campi della giurisprudenza, della magistratura, dell'avvocatura e della medicina

legale. Un'intera mattinata dedicata ad approfondire i tratti della responsabilità civile e penale, oltre che etica e deontologica, della professione alla luce delle nuove competenze che l'infermiere ha assunto negli ultimi anni. Il confronto sul tema "La responsabilità e gli operatori sanitari" si è aperto con la relazione del professor Paolo D'Agostino, docente di Istituzioni di diritto penale all'Università degli studi di Torino e consulente di di-



verse società attive nel campo sanitario. La relazione ha messo a fuoco la responsabilità infermieristica alla luce della nuova autonomia professionale e delle novità legislative intervenute dall'abolizione del mansionario in poi. Ha definito i contorni della responsabilità dolosa, colposa, civile, penale e contabile, del principio dell'affidamento. Ha inoltre fornito la disciplina

parecchiature delle strutture sanitarie in cui si opera. E' un problema che viene affrontato con una certa superficialità dagli organi competenti e non posso essere ottimista per il futuro. Così tutto o quasi finisce per ricadere sul soggetto più debole della "catena". Ci vuole allora un'entità superiore che possa imporre le regole, anche solo per la modulistica di base



di riferimento. <Più che di etica del risultato - ha detto il professor D'Agostino - dobbiamo oggi parlare di etica del comportamento. E' proprio questa la chiave di lettura più giusta per la professione infermieristica di oggi>. <Su cento processi per responsabilità in ambito sanitario - ha aggiunto - solo 15 sono riconducibili a un errore umano diretto; il resto coinvolge le carenze logistiche, organizzative di ap-

come quella per il consenso informato>.

Il professor Daniele Rodriguez, docente di Medicina legale all'Università di Padova e autore di un libro sulla medicina legale dell'infermiere, ha analizzato la relazione fra il concetto della responsabilità e quello del risultato. <Il codice deontologico dell'infermiere è la quinta essenza del concetto di responsabilità - ha

spiegato - Mancano le locuzioni "consenso" o "consenso informato". A queste parole il codice contrappone il concetto di "scelta". Questo particolare e le implicazioni che comporta fanno del codice deontologico degli infermieri uno strumento unico nel suo genere». Ha aggiunto: «Pensiamo a un professionista che si ispira all'etica della responsabilità, rispettando le norme di riferimento e il codice deontologico; se, nonostante ciò, si verifica un risultato negativo, diventa paradossale parlare di etica del risultato invece che di etica delle procedure. E occorre sempre ricordare che il risultato non è il fine, ma un momento che presuppone il momento successivo della valutazione».

L'avvocato Alessandro Cuggiani, consulente dell'Ufficio legale del Collegio IPASVI di Roma, ha sottolineato come il codice deontologico degli infermieri menzioni solo due volte il termine "dovere" ma che non per questo non imponga dei doveri. «Questi si richiamano infatti alla normativa generale e ai principi giuridici - ha puntualizzato - E' il codice stesso ad estrinsecare una serie di responsabilità». Ha quindi sottolineato l'importanza della documentazione infermieristica in relazione alla responsabilità: «Una cartella infermieristica completa e ben fatta tutela già molto l'infermiere da eventuali azioni risarcitorie». Infine ha ribadito che l'iscrizione all'albo costituisce un atto essenziale di ingresso nella professione, sotto il profilo dello status giuridico come per l'assunzione delle relative responsabilità civili e penali». La dottoressa Diana De Martino, sostituto procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Roma, ha offerto alla discussione il punto di osservazione del magistrato: «In Procura assistiamo a una pioggia di denunce per responsabilità professionale - ha spiegato - La verità è che la gente non accetta più di morire o di stare male dopo una cura. Ecco che scatta la denuncia; diverse Procure si sono organizzate con pool di esperti della materia. Denunce che riguardano in larga parte i medici e molto meno gli

infermieri». La dottoressa De Martino ha fornito uno spaccato significativo: «Il compito degli infermieri è molto eterogeneo e, come accade per i medici, da loro si pretende una specializzazione; a questa si legano concetti diversi e specifici di responsabilità. Accade ad esempio con la "conta delle pezze" che spetta all'infermiere di sala operatoria; sarà questi dunque a dover rispondere insieme al chirurgo nel caso in cui un paziente si ritrovi con una pezza nell'addome dopo l'intervento chirurgico. Così come accade che l'infermiere sia accusato di non aver rilevato i parametri vitali dei pazienti giunti al Pronto soccorso. Maggiori responsabilità sono inoltre configurabili per gli infermieri ospedalieri in quanto professionisti che esercitano in una struttura pubblica. E poi la questione del segreto d'ufficio che innesca la violazione del principio di riservatezza».

Ha inoltre precisato: «L'esito delle prestazioni infermieristiche deriva anche dalla struttura in cui queste vengono erogate e dall'adeguatezza degli strumenti e dell'organizzazione del lavoro». E una raccomandazione sul consenso informato: «Solitamente sono due i tipi di moduli che vengono sottoposti al paziente in ospedale: un testo tanto stringato da risultare ermetico o uno lunghissimo e fitto di ipotesi; in entrambi i casi il cittadino non capisce nulla. Da qui la necessità che gli infermieri agevolino al massimo il paziente nella comprensione dei moduli per il consenso informato». Infine un consiglio: «La mia esperienza dice che l'aspetto umano è importantissimo e che spesso la denuncia arriva proprio a causa di un rapporto non ottimale con il paziente».

Il presidente del Collegio IPASVI di Roma Gennaro Rocco ha sottoposto agli esperti una serie di difficoltà, perplessità e dubbi degli infermieri circa le aree di responsabilità attribuite agli infermieri dal profilo professionale. Ne è scaturito un dibattito fitto di domande e osservazioni, segno del grande interesse che la questione della responsabilità suscita nella categoria.

AVVISO AGLI ISCRITTI E STUDENTI



**SI COMUNICA A TUTTI GLI ISCRITTI
ED AGLI STUDENTI CHE È ATTIVO
IL NUOVO SERVIZIO
“PUNTO INTERNET”
PRESSO LA BIBLIOTECA
CENTRO DI DOCUMENTAZIONE
INFERMIERISTICA
DEL COLLEGIO IPASVI DI ROMA**

PUNTO INTERNET

ORARIO DI APERTURA

DAL LUNEDI AL VENERDI

DALLE ORE 09,00 ALLE ORE 12,00

IL LUNEDI ED IL GIOVEDI ANCHE

DALLE ORE 15,00 ALLE ORE 17,00



LA BIBLIOTECA È APERTA
IL GIOVEDÌ DALLE 15.00 ALLE 18.00

IL MARTEDÌ DALLE 10.00 ALLE 13.00
CONSULTAZIONE MEDLINE E CINAHL
PREVIO APPUNTAMENTO



IL SERVIZIO È GRATUITO
ED È RISERVATO AGLI ISCRITTI
IPASVI E AGLI STUDENTI

Gli infermieri formatori di primo soccorso: un'esperienza...

di Santina Lancianesi e Franco Gavini*

INTRODUZIONE

La salute, la sicurezza dell'uomo e dell'ambiente di lavoro sono oggetto di sempre maggiore attenzione da parte della normativa nazionale ed internazionale. L'Italia recepisce le direttive europee in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro con il D. Lgs 19 settembre 1994 n.626.

Tra i concetti chiave di questa legge c'è la FORMAZIONE DEI LAVORATORI SU COME INTERVENIRE IN CASO DI EMERGENZA.

Giustamente, nel mondo lavorativo è sempre maggiore il valore che si dà alla prevenzione; questa tendenza, coniugata ai dettami della legge, determina la necessità che in ogni Azienda avvenga il coinvolgimento degli operatori in processi formativi, per migliorare e rendere sempre più sicure le condizioni di lavoro. A tal fine, è definito l'obbligo di stabilire misure idonee di pronto soccorso da adottare in caso di infortunio sul lavoro, prevenzione degli incendi od altri incidenti che possano richiedere l'evacuazione dell'edificio. In questo modo qualsiasi emergenza viene considerata un'eventualità prevedibile, rispetto alla quale sono predisposte misure idonee a garantire l'incolumità dei lavo-

ratori e a limitare le conseguenze dell'evento. Gli infermieri interpretano un ruolo sempre più significativo nei programmi di formazione/informazione sulle tematiche del primo soccorso. Perché l'infermiere? Intanto è la figura che, tra tutte le professioni sanitarie, la popolazione, in genere, sente più



vicina. Poi, perché è in grado di addestrare laici a manovre rapide, valide e di facile esecuzione allorché avvenga un evento negativo (infortunio). Infine perché conosce le tecniche dell'apprendimento nell'adulto e, quindi, sa come trasmettere cosa "si deve" e, soprattutto, quello che "non si deve" fare al fine di evitare eventuali danni provocati da un intervento non competente (basti l'esempio della mobilitazione del traumatizzato della colonna vertebrale: con un intervento non idoneo si può determinare o aggravare un eventuale danno spinale). Imparare a riconoscere prontamente e con affidabilità un malore o un trauma visibilmente grave, ed essere in grado di intervenire con misure idonee a fronteggiare tali eventi, può contribuire, talora in maniera cruciale, a mantenere in vita una persona, nell'attesa dell'arrivo di soccorritori qualificati.

In questa ottica e con quest'intendimento, nonché nella necessità di assolvere alla normativa 626/94, che una delle più importanti società di energia elettrica ha fatto richiesta, alla nostra Azienda, di un progetto formativo sull'educazione sanitaria all'emergenza da dedicare al loro personale operaio, sia neo assunto che già dipendente.

OBIETTIVI E METODI

In Italia, ormai da anni, si progettano e si realizzano corsi di formazione indirizzati a adulti impegnati nelle organizzazioni del lavoro. I temi del primo soccorso sono ampiamente affrontati, sia per assolvere le

prescrizioni della normativa suddetta che per l'impatto sociale ed economico che comportano i danni provocati dagli infortuni.

Un malore o un trauma può verificarsi in qualsiasi ambiente: imparare a riconoscere la patologia e sapere qual è il comportamento da tenere può salvare la vita di una persona. Aldilà della legge (art.593 C.P.) ogni cittadino deve avere l'obbligo morale di prestare soccorso, di aiutare un proprio simile. **NON** è neces-

sario fare una diagnosi, ma operare un immediato soccorso nella imminenza di pericolo di sopravvivenza. In genere il primo soccorso è l'aiuto prestato da persone che si trovano sulla scena dell'evento, probabilmente digiune di conoscenze tecniche ed effettuato con mezzi di fortuna, dunque ha carattere di provvisorietà, nell'attesa di persone qualificate fornite di mezzi idonei in grado di realizzare l'intervento definitivo.

Queste manovre effettuate dai Cittadini presenti al momento dell'infortunio, se dovessero essere errate, potrebbero peggiorare le condizioni di salute della vittima.

Ecco la necessità di un addestramento diffuso a persone laiche. Particolare attenzione è stata posta alla rianimazione cardio-polmonare, in quanto numerosi studi hanno dimostrato che il 70-80% degli ACC avvengono presso le abitazioni, ma anche negli ambienti di lavoro, o come conseguenza di grossi traumi e che un buon addestramento di personale laico, unito all'uso di un defibrillatore, può ridurre notevolmente il tasso di mortalità, oggi in Italia stimato intorno all'1/1000 abitanti. Il corso di aggiornamento e formazione teorico-pratico di primo soccorso, come da richiesta del committente, è stato progettato tenendo conto:

- ✓ *delle conoscenze e delle capacità già possedute dai partecipanti (corsi di formazione in primo soccorso fatti in Azienda vari anni prima);*
- ✓ *dei fattori sociali e psicologici (caratteristiche anagrafiche e culturali dei partecipanti).*

Le tecniche didattiche utilizzate sono state delle brevi lezioni sul primo soccorso e una dimostrazione pratica su manichino con defibrillatore semiautomatico per le manovre di BLS-D.

L'apprendimento è stato orientato al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- eseguire manovre di primo intervento in situazioni di urgenza nel campo della piccola traumatologia e per



alcune urgenze di tipo medico;

- identificare le priorità pratiche di esecuzione in caso di ACC (sequenza BLSD);
- agire nel rispetto della propria e dell'altrui sicurezza con una assistenza minima ma efficace.

1. generalità sui traumi: fratture e loro immobilizzazione; trauma cranio/vertebrale (fig. E: collare cervicale per fratture delle vertebre cervicali) e dispositivi per il caricamento e trasporto dell'infortunato
2. l'elettrocuzione: effetti sul corpo umano;
3. ACC/BLSD secondo le linee guida A.H.A.;
4. ustioni termiche ed elettriche: primo trattamento;
5. ferite ed emorragie esterne;
6. riconoscimento elementare di alcune patologie: urgenze cardiovascolari e respiratorie (manovra di Heimlich), shock;
7. posizione Laterale di Sicurezza.

Ogni evento è stato articolato in una

giornata formativa in aula per complessive 4 ore, come previsto dalla normativa vigente. I docenti, tutti appartenenti all'area infermieristica, incaricati dall'U.O.C. Formazione, Qualità, Ricerca e Sperimentazione Gestionale sono stati individuati tra coloro che nell'ambito dell'AUSL Roma C sono considerati esperti nelle tematiche di primo soccorso e nella formazione ed in possesso del certificato di istruttori BLSD.

E' importante, puntualizzare che durante il corso non sono stati trattati solo i problemi del lavoratore relativi alle condizioni e ai rischi del lavoro stesso, ma sono stati presi in considerazione anche gli elementi inerenti gli stili di vita (attività sportiva, alimentazione,...), alcune esperienze personali (incidenti avvenuti,). Le informazioni fornite hanno costituito una rete capillare di conoscenze, utili non solo al singolo lavoratore, ma anche all'esterno dell'azienda e , quindi, ai nuclei familiari e alla collettività tutta.

Ai partecipanti è stata distribuita una dispensa su cui erano riportate, per

esteso, le argomentazioni sostenute durante la lezione ed una breve indicazione bibliografica.

Al termine di ogni corso è stato somministrato ai discenti un questionario di apprendimento anonimo. Dall'elaborazione di questi dati è stato possibile verificare il grado conoscenza acquisita.

RISULTATI E DISCUSSIONE

La fase valutativa del processo di apprendimento si è realizzata in vari momenti:

- in itinere, valutazione del livello di coinvolgimento dei singoli in termini di accettazione/rifiuto, partecipazione/resistenza, ecc.;

- finale, con la verifica del raggiungimento degli obiettivi del corso.

I questionari di apprendimento consegnati, molti dei quali anonimi, sono stati 260. Ogni test era composto di 5 items a risposta multipla.

Nel rapporto generale sull'evento è emerso che: l' 85% delle risposte fornite risultano essere esatte, errate il 15% e nessuna è stata omessa (figura 1).

Per quanto concerne ogni singola domanda, si rileva, che la quasi totalità dei partecipanti rispondono correttamente con minimo scarto di errore, permettendoci di affermare che le informazioni trasmesse sono state apprese.

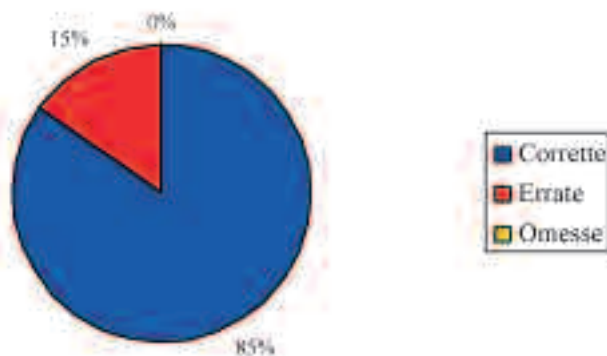
Solamente nell'ultima domanda circa il 58% dei soggetti risponde in modo errato, probabilmente ciò avvalorava che la soglia d'attenzione decade col trascorrere del tempo.

Seppur non in maniera formale la valutazione d'impatto è stata eseguita con risultati positivi. A distanza di qualche tempo dai primi corsi, siamo venuti a conoscenza che un discente è stato in grado di soccorrere un collega in difficoltà per soffocamento, eseguendo la Manovra di Heimlich.

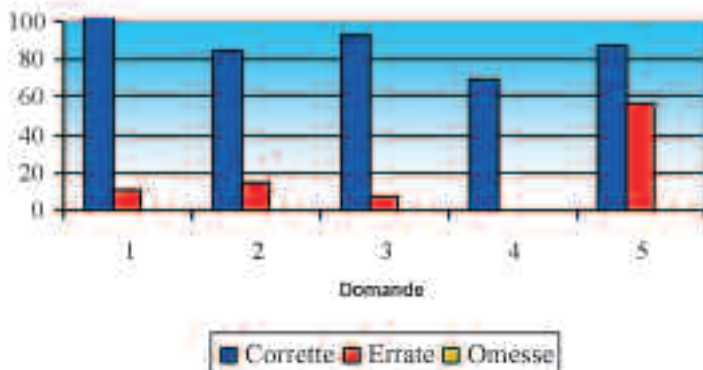
CONCLUSIONI

La più recente normativa mette al centro del sistema di sicurezza l'uomo, in sede di politica sanitaria si privilegia il momento preventivo nei confronti di quello diagnostico-curativo ed è sempre maggiore il convincimento che il miglioramento delle condizioni dell'ambiente di lavoro e della "qualità della vita"

Figura 1: POST-TEST: Percentuale risposte



PRETEST: Percentuale Risposte per Domanda



possano tradursi in un aumento della produttività e, pertanto, della possibilità di guadagno dell'impresa.

Una delle principali funzioni dell'infermiere è l'educazione sanitaria e la formazione, come previsto dall'art.1.2 del D.M.S. 739/94.

Nell'insieme l'esperienza formativa con discenti adulti e laici, cioè non del comparto sanitario, è stata positiva. Abbiamo imparato che in alcune situazioni il gruppo classe è più orientato a "portarsi a casa delle cose", hanno cioè un atteggiamento marcatamente utilitaristico verso i corsi e richiedono al docente una rapida trasformazione delle teorie nella loro conseguenza operativa.

AUTORI

Santina Lancianesi
Dirigente dell'Assistenza Infermieristica
UOC Formazione, Qualità, Ricerca
e Sperimentazione Gestionale
AUSL Roma C

Franco Gavini
Caposala Ufficio Infermieristico
Ospedale CTO "A. Alesini"
AUSL Roma C

bibliografia

G.P. Quaglino, La valutazione dei risultati della formazione, Franco Angeli, Milano, 1979;

M. Knowles, Quando l'adulto impara, Franco Angeli, Milano, 1997;

M. Castagna, Progettare la formazione, Franco Angeli, Milano, 1997;

Harvey Grant et al., Pronto soccorso ed interventi d'emergenza, Mc Graw-Hill, 1996



L'assistenza infermieristica al paziente sottoposto ad intervento di duodenocefalopancreasectomia (d.c.p.) in laparoscopia: pre e post-operatorio

di C. Anselmo, C. Carola, P. Moretti, T. Viglianti, G. Allegretti, M.T. Calandro, F. Conti, M. D'Addario

PREMESSA:

La nostra esperienza lavorativa, vissuta presso il reparto di Chirurgia avanzata laparoscopia dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni-Adolorata-Calvary, ci ha portato, negli ultimi cinque anni circa, ad assistere un centinaio di pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di D.C.P. Questo ci ha permesso di osservare che tale intervento viene eseguito, principalmente, in presenza di una patologia cancerosa a carico della testa del pancreas, del duodeno, dell'ampolla di Vater, del coledoco distale e della colecisti. Tale malattia, purtroppo, ha avuto un aumento incidenza negli ultimi 20/30 anni, legata ad una mortalità lo stesso elevata e rapida. Le persone che si rivolgono al nostro reparto sono, dunque, disperate ed in cerca di una speranza di sopravvivenza alla malattia.

→ OBIETTIVI ASSISTENZIALI NEL PRE-OPERATORIO (il paziente):

1. Accolto adeguatamente nel reparto, riesce a fornire tutti i dati relativi ai suoi bisogni fondamentali;
2. I familiari, tramite la figura del caregiver, partecipano attivamente al piano assistenziale collaborando con l'infermiere di reparto;
3. Raggiunge un elevato grado di autonomia, nell'esecuzione di esercizi di respirazione profonda, tosse, espettorazione, mobilizzazione che serviranno nel post-operatorio, comprendendone, anche, l'estrema importanza;

4. Raggiunge il maggior grado di consapevolezza, serenità e fiducia per affrontare l'intervento chirurgico, l'anestesia, il post-operatorio e la convalescenza a casa, in relazione anche al livello di conoscenza della sua patologia;
5. La sua preparazione fisica all'intervento chirurgico è ottimale.

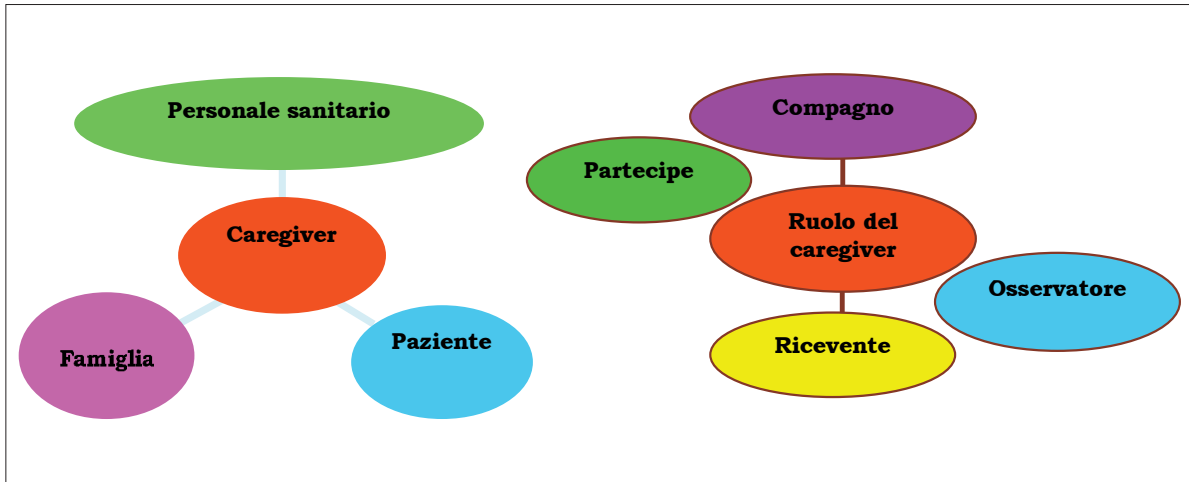
→ INTERVENTI INFERMIERISTICI NEL PRE-OPERATORIO:

1. Il paziente giunge nel reparto dove viene accolto dal personale infermieristico, che si prende cura di presentargli il reparto, nella sua struttura, l'unità di degenza, le regole, gli orari da rispettare, anche per i visitatori;
2. Vengono raccolti tutti i dati relativi ai bisogni del paziente, valutando tutti i vari aspetti, il grado di consapevolezza riguardo alla sua patologia ed il possibile livello di interazione con il personale sanitario e con l'ambiente ospedaliero, sulla base, anche, di precedenti esperienze di ricovero;
3. Si raccoglie tutta la documentazione clinica, eseguita precedentemente all'ospedalizzazione e si informa il paziente riguardo agli esami clinici, che dovrà eseguire prima dell'intervento chirurgico (in che consistono, la prepa-

razione e le modalità di esecuzione);
 4. Viene individuato, se possibile, un caregiver tra i familiari o amici del paziente, per coinvolgerlo nel piano assistenziale. Una persona forte, capace di prendere decisioni e di farle accettare al paziente, in primis e poi a tutta la famiglia;

paziente all'esecuzione di esercizi di respirazione profonda, tosse, espettorazione, ecc..;

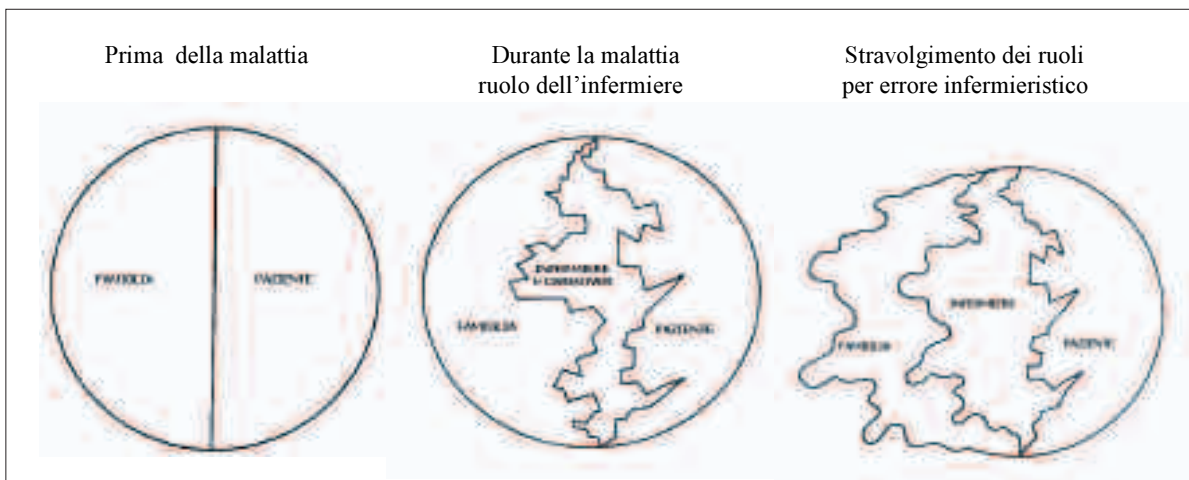
- Preparazione cardiologica- si insegna la mobilitazione precoce (con le varie fasi); si danno informazioni esaustive, riguardo alla necessità di eseguire, prima dell'intervento, un bendaggio



I rapporti familiari possono modificarsi, col sopraggiungere della malattia e l'infermiere, se possibile, aiutato dal caregiver, deve riuscire a ristabilire l'equilibrio perduto;

degli arti inferiori e di inoculare, per via sottocutanea, un farmaco antitrombotico (come da protocollo);_

- Preparazione dietologica- partendo dalla valutazione del peso corporeo e dello stato nutrizionale iniziale, si



5. Si attuano degli interventi educativi ed assistenziali, allo scopo di agevolare la fase post-operatoria:

educa il paziente riguardo a tutte le modificazioni dell'alimentazione nel post-operatorio (digiuno alimentare, dieta idrica, d. semiliquida, d. ipercalorica a cinque pasti frazionati); lo si

- Preparazione respiratoria- si educa il

informa riguardo alla probabile alterazione della glicemia, in relazione alla tipologia di intervento, ai controlli continui con emoglucotest e alle eventuali somministrazioni terapeutiche che ne deriveranno;

- Preparazione psicologica- tutta l'équipe assistenziale (medico-infermieristica-fisiochinesiterapica e psicologica) collabora, attivamente, dimostrando al paziente ed ai suoi familiari, grande disponibilità a dialogare, ad ascoltare, a rispondere adeguatamente a qualsiasi domanda, cercando di risolvere qualsiasi dubbio, problema o sfogo, coinvolgendo il caregiver;
- 6. Vengono eseguiti tutti gli esami di routine pre-operatoria (es.ematochimici completi di markers dell'epatite e tumorali specifici, e.c.g. + ecocardiogramma e visita cardiologica, rx torace e se prescritto TAC addome con m.d.c., I.V.U.S. ed arteriografia), alcuni dopo una preparazione fisica adeguata, come da protocollo;
- 7. Il giorno che precede l'intervento si inizia la preparazione fisica secondo un protocollo messo a punto negli ultimi 5 anni (somministrazione di lassativi, antimeteorico, profilassi anti-trombotica e della fistola pancreatica, dieta idrica e digiuno dalla mezzanotte);
- 8. Il giorno dell'intervento si prosegue

con la preparazione fisica e dopo un breve colloquio con i familiari, da parte del paziente, questo viene trasportato in sala operatoria, da personale ausiliario.

→ **OBIETTIVI ASSISTENZIALI NEL POST-OPERATORIO (in Terapia Intensiva post-chirurgica,TICH):**

1. Il paziente, accolto nella nuova unità di degenza, mantiene parametri vitali adeguati;
2. Respira spontaneamente all'estubazione;
3. Non manifesta uno stato ansioso né di agitazione, grazie anche al coinvolgimento del caregiver e dei familiari;
4. Non lamenta dolore;
5. Non va incontro a squilibri glicemici;
6. Non evidenzia segni di complicanze precoci;
7. Collabora con l'infermiere nella mobilitazione precoce ed esegue tutti gli esercizi respiratori, insegnatigli nel pre-operatorio.

→ **INTERVENTI INFERMIERISTICI NEL POST-OPERATORIO (in TICH):**

1. Viene preparata adeguatamente l'unità di degenza per accogliere il paziente, che giunge, dalla limitrofa Camera Operatoria, ancora intubato (per evitare che sia sveglio nel momento del passaggio dalla barella al letto e possa viverlo come un trauma), accompagnato da un medico anestesista e da un infermiere di sala per il passaggio delle consegne infermieristiche; In terapia intensiva il paziente viene accolto da un medico rianimatore e da due infermieri;
2. Si assiste e si collabora con l'anestesista per la preparazione del Ventilatore meccanico ed il collegamento, a questo, del paziente;
3. Si rilevano i parametri vitali, ogni ora per le prime





12 ore, ogni due ore per le 12 ore successive e ogni quattro ore dopo 24 ore e si registrano su apposite schede infermieristiche (P.A. cruenta e non, F.C., SaO₂, T.C., P.V.C., ECG, diuresi oraria con urinometro, ecc.);

4. L'infermiere si occupa del posizionamento e della gestione di un riscaldatore-termico temporaneo;
5. Si esegue: un prelievo ematico venoso e arterioso, un rx torace, un ecg, di controllo post-operatori;
6. L'infermiere sorveglia i due drenaggi addominali, tramite l'osservazione ed il controllo del contenuto;
7. Ogni 4 h circa si verifica la pervietà del S.N.G. ed il suo contenuto;
8. Ogni 2 h si esegue un controllo glicemico, tramite emoglucotest, si registra e si somministra, se necessario, insulinoterapia come da protocollo;
9. Si tiene sotto controllo la sintomatologia dolorosa del paziente, tramite una terapia antalgica specifica, prescritta (con pompa antalgica elastomerica o con pompa siringa);
10. L'infermiere collabora ed assiste il medico anestesista nelle manovre di estubazione (previo controllo EGA + Pulsossimetrico) e posizionamento di Ossigenoterapia con Venturi-Mask a percentuale prescritta;
11. Si cerca di rassicurare il paziente e di diminuire il suo stato d'ansia, legato

anche all'ambiente, coinvolgendo i familiari tramite la figura del caregiver;

12. L'infermiere si occupa della somministrazione della terapia parenterale prescritta (NPT tramite C.V.C., farmaci per via I.M, E.V, S.C., ecc.), con controllo e registrazione nella scheda infermieristica;
13. Alle ore 24 di ogni giorno, si esegue il bilancio idrico;
14. Si cerca di prevenire e controllare: le possibili complicanze post-operatorie precoci (emorragie, distensione addominale, occlusione intestinale, ecc..) e le infezioni (vie urinarie, vie respiratorie, ecc..);
15. L'infermiere mobilita precocemente (I^a giornata) il paziente, dal letto alla poltrona, utilizzando anche un sollevatore meccanico, qualora non ci fosse collaborazione da parte del paziente stesso;
16. In III^a- IV^a giornata dall'intervento l'anestesista ed il chirurgo, dopo alcune valutazioni, decidono la dimissione dalla Terapia Intensiva post-chirurgica ed il trasferimento del paziente, nel reparto di degenza, dopo l'esecuzione degli ultimi controlli ematochimici e della medicazione dei siti chirurgici, dei drenaggi e del C.V.C. Il paziente viene poi accompagnato da un ausiliario e da un infermiere di T.I.CH, fino alla sua unità di degenza iniziale, dove è atteso da due infermieri di reparto; Naturalmente i tempi indicati per il trasferimento, si riferiscono ad un caso ideale, senza complicanze;

→ OBIETTIVI ASSISTENZIALI NEL POST-OPERATORIO (nel reparto di degenza):

1. Il paziente mantiene parametri vitali

- nella norma;
2. Non manifesta dolore;
 3. Collabora con le diverse figure professionali presenti e con il caregiver, nell'esecuzione di tutti gli esercizi riabilitativi necessari;
 4. Esegue gli esercizi di respirazione profonda, tosse ed espettorazione che ha imparato precedentemente, mantenendo, così, un'adeguata funzionalità respiratoria;
 5. Recupera un'alimentazione adeguata, senza squilibri glicemici ed altre complicanze;
 6. Riattiva la sua funzionalità vescicale spontanea;
 7. Non evidenzia segni di complicanze tardive;
 8. Comprende l'importanza di tutti gli insegnamenti ed i consigli fornitigli riguardo alla convalescenza a casa, ad un diverso stile di vita, ai controlli a distanza da eseguire, ecc.

**→ INTERVENTI INFERMIERISTICI
NEL POST-OPERATORIO
(nel reparto di degenza):**

1. Viene preparata l'unità di degenza per accogliere il paziente, al rientro dalla T.I.CH. Tra l'infermiere di reparto e quello di Terapia Intensiva, avviene uno scambio di documentazione e di consegne infermieristiche, riguardanti le condizioni cliniche del paziente stesso;
2. L'infermiere osserva e rileva i parametri vitali (P.A, F.C., T.C., diuresi oraria con urinometro), che vengono trascritti nella documentazione infermieristica;
3. Si verifica la pervietà ed il contenuto del S.N.G., con aspirazioni ripetute circa ogni 4h; si effettua un controllo quali-quantitativo dei due drenaggi addominali, in aspirazione;
4. Viene eseguito un controllo glicemico, con emoglucotest, 4 volte al dì, cioè ogni 6h, con eventuale som-

ministrazione di terapia insulinica da protocollo;

5. Si verifica la presenza/assenza di dolore e si somministra la terapia analgica prescritta in infusione continua



(pompa elastomerica) o a piccoli boli all'occorrenza;

6. Si collabora con il medico chirurgo nella visita di accettazione in reparto;
7. L'infermiere prepara e somministra la terapia parenterale prescritta (N.P.T., terapia E.V., I.M., ecc.);
8. Alle ore 21 di ogni giorno si esegue il bilancio idrico;



9. Si rendono partecipi i familiari, tramite la figura del caregiver e dello psicologo di reparto;
10. Il paziente viene incentivato ed aiutato nella mobilitazione ed nell'esecuzione degli esercizi di respirazione pro-



fonda, tosse ed espettorazione, appresi nel pre-operatorio;

11. Si tengono sotto controllo e si cercano di prevenire le complicanze post-ope-

ratorie tardive (polmoniti, atelectasie, fistole bilio-pancreatiche, infezioni di diversa natura, ecc.);

12. In V^a giornata dall'intervento chirurgico, il paziente esegue un rx transito con Gastrografin, per verificare la continenza anastomotica, che se positiva permetterà la rimozione del S.N.G. e l'assunzione di una dieta idrica a piccoli sorsi;
13. Viene rimossa la N.P.T.ed il C.V.C.(con l'invio della punta in laboratorio per il follow-up delle infezioni nosocomiali) e viene ripristinato lentamente un nuovo regime alimentare, che porta fino ad una dieta ipercalorica- iperproteica a cinque pasti frazionati;
14. Si rimuove il catetere vescicale, per ripristinare la funzionalità spontanea alla minzione, che verrà controllata scrupolosamente continuando a raccogliere le urine in un contenitore per altre 24h;
15. Si attua un piano di educazione sanitaria, rivolto al paziente ed ai suoi familiari, riguardante il periodo di conva-





CONCLUSIONI:

Sicuramente non possiamo negare che, lavorare in una realtà di chirurgia avanzata laparoscopica, ha portato ad un aumento vertiginoso dei carichi di lavoro e delle difficoltà da affrontare; tutto ciò, però, ci ha permesso di acquisire una maggiore professionalità e ci ha dato la possibilità, difficilmente riscontrabile altrove, di raggiungere un grosso livello di soddisfazione e gratificazione personale. Tutto questo è stato possibile grazie, anche, all'opportunità di confrontarci con altri colleghi riguardo alla gestione assistenziale di questa tipologia di paziente visto che, a livello bibliografico infermieristico, è molto difficile reperire del materiale da consultare. L'esperienza professionale ed i cambiamenti strutturali hanno portato sostanziali miglioramenti nella qualità assistenziale infermieristica, dalla

quale hanno tratto beneficio sia i pazienti che gli operatori sanitari. Sicuramente siamo ancora lontani dall'optimum, ma l'importante è non perdersi d'animo e continuare a lottare per migliorare le cose...

lescenza a casa: regime dietetico, controlli glicemici e somministrazione insulinoterapia se necessaria, riposo, controlli radiologici a distanza, visita chirurgica ed oncologica ambulatoriale, servizi assistenziali sul territorio, ecc... Si danno informazioni relative al ritiro della cartella clinica e dell'esame istologico definitivo, necessari per la visita oncologica;

16. Si dà collaborazione ed assistenza al chirurgo nella ritrazione dei drenaggi, con rimozione e nuovo ancoraggio del punto di sutura; si preleva, su sua prescrizione, un campione di liquido di drenaggio, per la ricerca di amilasi e lipasi (per scongiurare la presenza di fistole bilio-pancreatiche, o altro);
17. In VII^a-VIII^a giornata d'intervento (nei casi ideali, senza complicanze), vengono rimossi i punti di sutura e i drenaggi;
18. Il paziente viene dimesso.

AUTORI

CPS-Infermiere: C. Anselmo, C. Carola, P. Moretti, T. Viglianti in servizio presso Azienda Complesso Ospedaliero San Giovanni-Addolorata-Calvary di Roma Reparto di Anestesia e Rianimazione, Terapia intensiva Post-Chirurgica;

CPS-Infermiere: G. Allegretti, M.T. Calandro, F. Conti, M. D'Addario in servizio presso Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata-Calvary di Roma Reparto di Chirurgia Generale-Oncologica-Di Urgenza

AA.VV., "A multispeciality approach to the diagnosis and management of pancreatic cancer" - The American Journal of Gastroenterology - vol.95 n°1 (2000)

BARE B.G., SMELTZER S.C., "Brunner Suddart, Nursing medico chirurgico" Casa editrice Ambrosiana (1999)

CAMERON J.L., "Pancreatic Cancer" BC DECKER INC Hamilton - London (2001)

DI MOLA G., "Cure palliative; approccio multidisciplinare alle malattie inguaribili (storia, filosofia, etica, problemi psico-sociali, cura dei sintomi, assistenza e accompagnamento del morante)" Edizioni Masson (1994)

HOLLOWAY N.M., "Piani di assistenza in area critica", Ed. Sorbona, Milano

HÜSCHER C., NAPOLITANO C., LIRICI M.M., PONZANO C., DI PAOLA M., "Duodonopancreatectomie cephalique laparoscopique: experience a propos de 37 cas ", Le Journal de Celio-chirurgie N° 47, settembre (2003)

HULL M.M., "Hospice nurse; caring support for caregiving families" - Cancer Nursing- vol.14 n°2 gennaio (1991)

LAMERS., ABDELLA., "Procedure infermieristiche in terapia intensiva", Ed. Masson (1999)

LEONI M., " L'Assistenza psico-sociale nella malattia inguaribile " Editrice Cittadella (1992)

MEEKER, ROTHROCK, " Assistenza e trattamento del paziente chirurgico" UTET, 1°- 2° vol. (1997)

SHAPIRO J., " The importance of family functioning to caregiver adaptation in mothers of child cancer patients; testing a Social Ecological Model" - Journal of Pediatric Oncology Nursing - vol. 15 n° 1 gennaio (1998)

SMITH S., DUELL D., "L'assistenza Infermieristica principi e tecniche, dal nursing di base alle specialità" Edizione Sorbona Milano (1994)

in pillole

LA PROTEINA CHE ACCENDE LA LUCE

Un gruppo interdisciplinare di ricercatori britannici hanno trovato il modo di rendere le cellule dei tessuti oculari sensibili alla luce, aprendo così una nuova speranza per la guarigione da alcune forme di cecità. Lo studio è stato eseguito congiuntamente dai ricercatori dell'Imperial College di

Londra e dell'Università di Manchester. Con una serie di esperimenti condotti su topi, è stata isolata una proteina, la melanosina, in grado di rendere sensibili agli stimoli luminosi anche cellule che normalmente non lo sono. La scoperta potrebbe rivelarsi utile nel trattamento di forme quali la retinite pigmentosa e la degenerazione maculare in cui i fotorecettori della retina perdono la loro capacità di raccogliere la luce.

La diagnosi infermieristica

di Cristian Vender

La diagnosi infermieristica è un giudizio clinico riguardo ad un individuo, prodotto con un intenzionale, sistematico processo di raccolta e analisi dei dati.

Per comprendere meglio il significato di diagnosi infermieristica si può affermare che è la rilevazione di un problema reale o potenziale che richiede l'intervento infermieristico per essere risolto totalmente o parzialmente. Non è una diagnosi medica o un trattamento terapeutico.

La diagnosi infermieristica nasce dalla rilevazione di un bisogno dell'utente attuale o potenziale entro il campo dell'attività infermieristica.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), costituita negli Stati Uniti nel 1973, si occupa dello studio delle diagnosi infermieristiche elaborando una classificazione che viene sistematicamente aggiornata.

IL PROCESSO DI NURSING

La diagnosi infermieristica è una componente del processo di nursing. Il nursing è diagnosi e trattamento delle reazioni umane e dei problemi potenziali in atto. Il processo di nursing è composto da cinque fasi:

I. Raccolta e analisi dei dati: è una componente fondamentale del processo di nursing. Lo scopo è di identificare reali o potenziali pro-

blemi di salute dell'utente. La raccolta e analisi dati è formata da: osservazione + intervista + esame obiettivo.

II. Diagnosi infermieristica: nella fase successiva alla raccolta dati, si identificano i problemi che hanno portato l'utente ad una richiesta di aiuto da parte del personale sanitario. La rilevazione di problemi di natura infermieristica costituiscono la formulazione della diagnosi infermieristica. Si possono utilizzare vari sistemi, quello più utilizzato è sicuramente l'analisi dei problemi partendo dall'identificazione dei bisogni (14 bisogni fondamentali della Virginia Henderson).

14 Bisogni fondamentali della Virginia Henderson

1. *Assistere l'utente nella funzione respiratoria.*
2. *Assistere l'utente nella somministrazione di cibi e bevande.*
3. *Aiutare l'utente a eliminare.*
4. *Aiutare l'utente a mantenere una posizione adeguata mentre cammina, siede, giace a letto o cambia posizione.*
5. *Aiutare l'utente a dormire e riposare.*
6. *Assistere l'utente nella scelta del vestiario, a vestirsi e spogliarsi.*
7. *Aiutare l'utente a mantenere la tem-*

peratura corporea nella norma.

8. *Assistere l'utente nell'igiene personale per mantenere l'integrità dell'apparato tegumentario.*
9. *Proteggere l'utente dai pericoli ambientali e gli altri da eventuali pericoli di cui è responsabile l'utente stesso (infezioni, atti di violenza).*
10. *Aiutare l'utente a comunicare e a manifestare i propri bisogni.*
11. *Invitare l'utente a seguire le pratiche della propria religione.*
12. *Invitare l'utente a occupare il tempo in attività utili.*
13. *Invitare l'utente a dedicarsi ad attività ricreative.*
14. *Aiutare l'utente ad apprendere.*

III. Pianificazione degli interventi: l'infermiere, dopo aver identificato dei problemi, pianifica gli interventi che dovrebbero portare alla risoluzione delle problematiche dell'utente. La pianificazione deve tener conto dei protocolli, delle linee guida, delle esperienze, e non per ultimo delle evidenze scientifiche del nursing (evidence based nursing).

IV. Attuazione degli interventi: viene realizzata praticamente la pianificazione degli interventi da effettuare. Alcuni interventi necessitano dell'aiuto di altri professionisti. La collaborazione operativa tra medico e infermiere, specie in emergenza, è la base per il successo dell'intervento.

V. Valutazione: ultima fase del processo, è la verifica del risultato e dell'efficacia dell'intervento infermieristico per quello specifico problema.

L'attribuzione del corretto codice colore, dipende essenzialmente dalla valutazione che viene effettuata dal personale infermieristico di triage. Una corretta diagnosi infermieristica, permette infatti di fornire le basi per un corretto codice colore di priorità d'accesso nelle sale visita.

I presupposti per fare diagnosi infer-

mieristica sono:

- 1) Utilizzo di una metodologia scientificamente valida: Il processo di nursing.
- 2) Utilizzazione di una scala di bisogni: i 14 bisogni della Virginia Henderson.
- 3) Codificazione delle diagnosi: diagnosi della North American Nursing Association (N.A.N.D.A.).

L'utente che presenta al momento dell'ingresso in triage, una compromissione delle funzioni vitali: coscienza, respiro o attività cardiocircolatoria, entra immediatamente in sala visita come codice rosso, tralasciando il triage e quindi l'elaborazione di diagnosi infermieristiche immediate perché in pericolo di vita. Successivamente dopo aver garantito un mantenimento delle funzioni vitali, si può procedere all'elaborazione di una scheda infermieristica con tanto di diagnosi infermieristiche.

FASI PER ELABORARE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

I passi da compiere per fare diagnosi infermieristica al triage sono:

- a) Accoglienza dell'utente nella sala triage
L'operatore di triage deve presentarsi pulito, in divisa, con cartellino identificativo, sorridente e calmo. Deve parlare a bassa voce con tono pacato e cortese.
- b) Osservazione
coscienza, respiro e attività di circolo sono i primi parametri ad essere analizzati dall'infermiere di triage per determinare immediatamente se sussiste un pericolo imminente di vita del soggetto.
In successione, vengono evidenziati sintomi e segni attraverso una breve intervista.
- c) Parametri vitali
pressione arteriosa, frequenza cardiaca, atti respiratori, temperatura corporea, glucotest, glasgow coma

scale, scala del dolore.

- d) Anamnesi
dinamica dell'incidente, del malore, situazione sanitaria dell'utente prima dell'accesso in pronto soccorso, terapia domiciliare e eventuali allergie.
- e) Elaborazione della scheda anagrafica con i dati essenziali
- f) Diagnosi infermieristiche
- g) Codice di priorità

Attraverso un uso corretto e competente delle diagnosi, l'infermiere può trarne numerosi vantaggi tra i quali: l'evoluzione della professionalità, una maggiore autonomia operativa, l'utilizzo di un linguaggio comune a tutto lo staff, la possibilità di garantire una continuità nell'assistenza e un aumento della collaborazione con gli altri infermieri. Inoltre l'elaborazione di diagnosi infermieristiche, è indice di

qualità dell'assistenza fornita, e fornisce spunti per un continuo aggiornamento della ricerca infermieristica¹.

La raccolta dati, ha lo scopo di identificare reali o potenziali problemi di salute dell'utente che l'infermiere dovrà essere in grado di affrontare. E' composta dall'osservazione + intervista + esame obiettivo. Data la complessità di raccogliere tutti i dati in modo progressivo e sistematico, non è realistico pensare che riesca a registrare ogni più piccola informazione.

Attraverso un sistema di priorità, che inizia dalla valutazione delle funzioni vitali, si raccolgono i dati che più interessano in quel momento e in quella situazione clinica, che porteranno ad una soluzione dei problemi evidenziati. L'abilità di effettuare una raccolta dati sintetica ma esauriente, è una capacità che deve essere propria dell'infermiere di triage.



L'osservazione è una tecnica infermieristica che si affina con l'esperienza pratica e gli studi effettuati. Il cosiddetto "occhio clinico" si acquisisce con anni di esperienza e casi simili visti e assistiti.

Dopo aver raccolto i dati, l'infermiere decide se esiste un problema contingente dell'utente o una situazione che potrebbe sviluppare problemi futuri. In base ai dati l'infermiere prende le seguenti decisioni:²

1) Determinare se i dati rilevati sono nella norma. Ad esempio, la misurazione della pressione arteriosa. L'infermiere dovrà conoscere i valori che rientrano nella norma di questo parametro.

2) Determinare lo stato di salute di quel momento, in relazione al passato e rispetto all'età dell'utente.

3) Determinare quale relazione esiste tra dati che risultano alterati e situazione globale dell'utente. Ad esempio, un sovrappeso e una ipertensione arteriosa hanno una relazione che influisce sull'obesità.

4) Valutare dati fisici raccolti: se rispecchiano valori normali o sono alterati. Per esempio è importante valutare se il colorito cutaneo è roseo, se il polso è ritmico, se c'è assenza di sudorazione.

5) Determinare quale comportamento specifico contribuisce alla salute e al benessere dell'utente. In pronto soccorso, qual è la via migliore e veloce per garantire una ripresa dello stato di benessere del soggetto.

6) Determinare i limiti che influenzano un ritorno alla salute dell'utente. Una deformazione dell'arto da attribuire ad una sospetta frattura di un osso è un limite al ritorno veloce ad una situazione di benessere.

L'identificazione dei problemi è la fase successiva alla raccolta dati. Lo scopo è identificare gli ambiti che richiedono l'intervento infermieristico. Un utente può avere molteplici problemi ma è bene in fase di triage ospedaliero definire delle priorità. Dopo aver analizzato un'area specifica, occorre restringere il campo e quindi ar-

rivare a scegliere una delle diagnosi codificate dal N.A.N.D.A.³

Diagnosi infermieristica

E' la rilevazione di un problema reale o potenziale che richiede l'intervento infermieristico per essere risolto totalmente o parzialmente

TIPOLOGIE DI DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

I problemi ai quali l'infermiere fa fronte rientrano nel campo specifico del nursing e quindi devono essere risolti da lui.

Anche se la diagnosi infermieristica non è uguale ad una diagnosi medica, a volte la prima può derivare dalla seconda.⁴

Ad esempio, il problema del dolore, che può essere evidenziato dall'infermiere nel corso della raccolta dati, è in molti casi determinato da una diagnosi medica: il dolore causato per esempio da un intervento chirurgico, da un tumore, da una frattura di un arto. Una diagnosi medica di rettocolite ulcerosa può essere correlata ad una diagnosi infermieristica di: diarrea che si manifesta con 10-12 scariche di feci liquide al giorno.

Sono classificabili tre tipologie di diagnosi infermieristiche:

1) Diagnosi infermieristiche reali

Sono elaborate in base a problemi evidenziati in un preciso momento. In emergenza, sono le più elaborate perché determinano problemi da risolvere nell'immediato.

2) Diagnosi infermieristiche potenziali

Sono problemi che si svilupperanno in un futuro. Identificando un problema potenziale, l'infermiere è in grado di prevenirlo e ridurre la gravità delle conseguenze.

Ad esempio, un utente allettato in seguito ad una frattura di femore, rischia lesioni da decubito. L'obiettivo dell'infermiere sarà di prevenire queste lesioni.

3) Diagnosi infermieristiche possibili

Si evidenzia la possibilità di una diagnosi infermieristica ma si hanno pochi dati a disposizione. L'infermiere continua una sistematica e continua raccolta dati per arrivare all'elaborazione di una diagnosi reale o di rischio o di eliminare il problema perché non sussiste.

Alcune situazioni, richiedono un lavoro interdisciplinare tra diversi professionisti. Nel pronto soccorso, per esempio, il lavoro d'equipe è fondamentale e alcuni problemi sono detti proprio *collaborativi* perché richiedono il trattamento da parte di più figure professionali. Nello specifico, l'infermiere e il medico collaborano in un feedback di informazioni; il rilievo di sintomi e segni da parte dell'infermiere, per esempio, è utile al medico per fare diagnosi e terapia.

FORMULAZIONE DI DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

Diagnosi infermieristiche reali⁵

Sono denominate anche attuali e sono costituite da tre parti:

1. Problema:
è il titolo diagnostico. E' l'enunciazione di una diagnosi codificata N.A.N.D.A.
2. Eziologia:
fattori che hanno causato o hanno contribuito il manifestarsi del problema.
3. Segni/sintomi:
la manifestazione obiettiva del problema.

Esempio:

IPOTERMIA *correlata* a stazionamento dell'infortunato per tempo imprecisato in luogo freddo e umido, *che si manifesta* con cute pallida e fredda e temperatura di 35,4°.

Diagnosi infermieristiche potenziali o di rischio

1. Problema
2. Fattori di rischio

Esempio:

RISCHIO DI INALAZIONE DI SECREZIONI GASTROINTESTINALI E DEL TRATTO OROFARINGEO *per* stato di incoscienza dell'individuo.

Al triage del pronto soccorso per semplificare l'elaborazione di diagnosi infermieristiche, è necessario avere un elenco delle maggiori diagnosi codificate per apparato (respiratorio, cardiovascolare ecc.), in modo da elaborare corrette diagnosi, alle problematiche rilevate al momento della registrazione dell'utente.

AUTORE

Cristian Vender
D.E.A. Pronto Soccorso
Ospedale S. Giacomo

Note

- 1 Mareglia F. La diagnosi infermieristica nel processo di nursing. *Infermiere Oggi* 1996 Apr;(2):24-7.
- 2 Atkinson LD, Murray ME. Manuale di diagnosi infermieristiche. Milano, Italia: Ambrosiana editrice; 1994. p. 1-50.
- 3 North American Nursing Diagnosis Association
- 4 Atkinson LD, Murray ME. Manuale di diagnosi infermieristiche. Milano, Italia: Ambrosiana editrice; 1994. p. 1-50.
- 5 Carpenito L. Manuale tascabile delle Diagnosi Infermieristiche. Milano, Italia: Ambrosiana; 2000. p. 22-41.

1. Benger JR. Can nurses working in remote units accurately request and interpret radiographs? *Emerg Med J*. 2002 Jan;19(1):68-70.
2. Bertazzoni G. Il triage in un Dipartimento di Medicina d'Urgenza. *Atti del III Congresso della Federazione Italiana di Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso*; 1995 Nov 8-11; Napoli, Italia. p.1285-8.
3. Bigliardi M, Bovolenta O, Regnani S. Analisi dell'appropriatezza nell'assegnazione del codice giallo. *Scenario* 2002;(1):27-30.
4. Carpenito L. *Manuale tascabile delle Diagnosi Infermieristiche*. Milano, Italia: Ambrosiana; 2000. p. 22-41.
5. Carpenito L. Piani di assistenza infermieristica e documentazione: diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi. Milano, Italia: Ambrosiana; 1999. p. 12-23.
6. Calamandrei C. Le diagnosi infermieristiche in Italia. *Nursing Oggi* 2001;(4):20-26.
7. Cartenicchia P, Lanzarone S, Selloni M. Accettazione del politraumatizzato. *Atti del I Congresso internazionale sul triage*; 2002 Nov; Torino, Italia.
8. Colombari S. Indici di valutazione per gravità dei politraumatizzati nei contesti extra ed intraospedaliero. *Infermieristica Neurochirurgica* 1992;(4):352-6.
9. Comitato Provinciale di Udine. *Primo soccorso della Croce Rossa Italiana*. Udine, Italia; 1988.
10. Costa M. *Il triage*. Milano, Italia: Mc Graw Hill; 2002. p. 6-53.
11. *Dizionario tematico di infermieristica clinica in area critica*. Milano, Italia: Mc Graw Hill; 1998. p. 488-9.
12. Eastes L. Use of the personal digital assistant for point of care trauma documentation. *J Emerg Nurs* 2001;27:516-8.
13. Gai V. *Triage: procedimento decisionale al servizio del paziente*. Torino, Italia: C.G. Edizioni Medico scientifiche; 1999.
14. Gerdtz MF, Bucknall TK. Triage nurses' clinical decision making. An observational study of urgency assessment. *J Adv Nurs* 2001 Aug;35(4):550-61.
15. Gilboy N. A newly revised nursing ed documentation form for a level I trauma center. *J Emerg Nurs* 2002;28:36-9.
16. Grant DH, Murray M, Bergeron JD. *Pronto soccorso e interventi d'emergenza*. Milano, Italia: Mc Graw Hill; 1996. p. 50-68.
17. Kim MJ. *Diagnosi infermieristiche e piani di assistenza*. Milano, Italia: Sorbona; 2000.
- Mareglia F. La diagnosi infermieristica nel processo di nursing. *Infermiere Oggi* 1996 Apr;(2):24-7.
18. Marzollo P. *Il Politrauma*. Milano, Italia: Mc Graw Hill; 1998. (I quaderni del Pronto Soccorso).
19. North American Nursing Diagnosis Association. *Le diagnosi infermieristiche 2003*. [10 schermate]. Disponibile presso: URL:<http://www.xoomer.virgilio.it/v.sos sella/nanda.htm>. Accesso 10 dicembre 2004.
20. Pais dei Mori L. Le diagnosi infermieristiche N.A.N.D.A. in area critica. *Scenario* 1999;(1):10-4.
21. Sansoni J. *L'insegnamento della metodologia diagnostica nella scuola per dirigenti dell'assistenza infermieristica*. *Professioni infermieristiche* 1997.50.2.
22. Taddia P. *La diagnosi infermieristica, il linguaggio, la metodologia, i modelli in lo specifico infermieristico*. Firenze, Italia: Rosini editore; 2000.

IL CONSENSO INFORMATO

Per comprendere appieno il significato dell'espressione "consenso informato" dobbiamo innanzi tutto soffermarci sulla parola "consenso" che significa: "volere conforme", "accordo" etc. L'informazione è il miglior modo di formazione della volontà.

La volontà è uno degli elementi centrali del nostro ordinamento giuridico, sul quale si fonda gran parte del sistema privatistico e penalistico.

Per questo motivo il principio volontaristico è parte integrante di tutto il sistema di tutela della salute. E' la stessa costituzione che ci dice che "Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge". Ciò significa che solo la legge può obbligare qualcuno ad un T.S. altrimenti, fuori dei casi previsti dalle legge, ciascuno è libero di scegliere il t.s. e, perché la scelta sia effettivamente libera, essa deve essere consapevole, quindi informata. Proprio l'art. 32 cost. è la fonte giuridica del consenso informato.

Il paziente non solo può scegliere se sottoporsi ad un t.s. ma può anche scegliere a quale t.s. sottoporsi.

Come abbiamo detto, la scelta si realizza solo se c'è consapevolezza e, quindi, massima informazione.

* * *

Il consenso informato è innanzi tutto un atto medico in quanto solo con l'in-

formazione medica il paziente può legittimamente e consapevolmente scegliere se curarsi, non curarsi e come curarsi. Vedremo comunque in seguito tutte le problematiche sul consenso informato relativo all'assistenza infermieristica.

* * *

Il diritto di essere informati costituisce, quindi il presupposto naturale del consenso informato che può essere manifestato solo dal soggetto interessato che abbia pienamente compreso la sua situazione sanitaria. Quindi è solo e soltanto il paziente che deve essere informato e rilasciare il consenso.

Non è lecito, quindi, il consenso ottenuto ad esempio dal parente, come pure non è lecito il consenso ottenuto dal paziente ma con le informazioni rilasciate da un parente. In questo caso, il medico oltre a violare il segreto professionale tutelato dall'art. 622 c.p. agisce senza consenso.

Il Comitato Nazionale di Bioetica ha affermato che "le informazioni valide per un consenso informato sono quelle comprensibili ed effettivamente comprese" dal paziente.

Quanto al contenuto, il Comitato ha affermato che "l'informazione dovrà riguardare una breve descrizione della metodica indicata e delle alternative terapeutiche, le finalità, le possibilità di successo, i rischi, gli effetti colla-

terali" inerenti al caso specifico.

La giurisprudenza di Cassazione nel giudicare su un risarcimento del denaro, ha stabilito che "l'informativa al paziente circa le conseguenze dell'intervento ed i suoi possibili esiti rientra nei comuni doveri del medico. (Cass. n.6464 del 1994).

Inoltre, sempre secondo la Corte di Cassazione "il dovere di informazioneinveste non solo le cause di invalidità e di inefficacia potenzialmente suscettibili di emersione o insorgenza, ma anche le ragioni che rendono inutile o addirittura pericolosa la prestazione" (Cass. n.4394 del 1985)

La manifestazione della volontà da parte del paziente può essere anche orale e può addirittura avvenire tacitamente, ossia per fatti concludenti.

Si dice fatto concludente quell'atteggiamento, quel comportamento del paziente incompatibile con il rifiuto delle cure proposte.

Solo in alcuni casi previsti dalla legge il consenso deve essere scritto, come ad esempio nelle donazioni di sangue (art. 26 D.M. 15.01.1991) o nei trapianti di rene (art. 2 L. n.458 del 1967).

Diverso è il caso in cui il sanitario che dà l'informazione preferisca la forma scritta a fini esclusivamente probatori, ciò avviene, in genere, per le pratiche più complesse.

Dobbiamo avvisare che le formule generiche di esonero da responsabilità in cui il paziente dichiara di aver ricevuto una completa ed esaustiva informazione.

Se il paziente è un minore, la rappresentanza (legale) spetta ai genitori (art.316 c.c.) Se uno dei due genitori è lontano o a sua volta è incapace o vi è altro impedimento, la rappresentanza (e quindi il consenso) spetta all'altro genitore (art. 317 c.c.) In caso di disaccordo la rappresentanza spetta al padre.

Se non vi sono i genitori il rappresentante che può esprimere il consenso informato è il tutore nominato dal giudice tutelare. Il giudice tutelare autorizza il tutore a compiere gli atti che eccedono l'ordinaria amministrazione.

Per quanto concerne gli incapaci, occorre fare una distinzione:

interdetti (art. 414 c.c.) sono coloro che si trovano in condizione di abituale infermità di mente e vengono dichiarati tali con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria che contemporaneamente nomina un tutore, che è il rappresentante legale.

Inabilitati (415 c.c.): sono coloro la cui abituale infermità non è talmente grave da far luogo all'interdizione. Può compiere atti di ordinaria amministrazione mentre quelli di straordinaria amministrazione li compie con il consenso di un curatore e previa autorizzazione dell'Autorità Giudiziaria. In tal caso il medico deve valutare se per il consenso si trova davanti ad una persona in grado di manifestare validamente la propria volontà.

Incapace naturale (art. 428 c.c.) è incapace naturale colui che, per qualsiasi causa, in un determinato momento non è capace di intendere e di volere e non può, pertanto, effettuare scelte.

Il medico deve valutare se ed in quanto tempo il paziente può riacquistare la capacità di intendere di volere. Se vi è urgenza per salvare la vita de paziente il T.S. è giustificato dallo "stato di necessità" (pericolo di danno alla salute) Se altrimenti, non vi è urgenza, allora il trattamento dovrà essere rinviato.

* * *

Il trattamento sanitario arbitrario può essere fonte di responsabilità sia penale, sia civile.

Per quanto concerne le responsabilità penali, la Corte di cassazione ha affermato che "se il trattamento non consentito ha uno scopo terapeutico e l'esito sia favorevole, il reato di lesioni comunque sussiste non potendosi ignorare il diritto di ognuno di privilegiare il proprio stato attuale (di salute) e che a fortiori il reato sussiste ove l'esito sia sfavorevole".

Il reato in questione era quello di "lesioni personali volontarie" (art. 582 c.p.)

Oltre al reato di lesioni personali, e al reato di omicidio preterintenzionale)584 c.p la violazione della libertà del paziente di scegliere o rifiutare un determinato trattamento, può configurare il reato di "violenza privata" (art. 600 c.p.)

Per quanto concerne le responsabilità civili, il consenso informato si inserisce nel processo formativo della volontà di concludere il contratto di assistenza sanitaria e ogni attività che sia ulteriore / al di fuori di quel consenso, deve essere fatta oggetto di un nuovo consenso informato, la cui accettazione è un contratto modificato dal precedente con-

tratto di assistenza.

Il medico deve usare la massima diligenza che richiede la natura della sua professione (art. 1176 comma 2 c.c.) e deve comunque comportarsi secondo correttezza (art. 1175 c.c.)

Se l'atto diagnostico o terapeutico contro oltre /al di fuori del consenso ha causato un danno che sia suscettibile di valutazione economica, tale danno deve essere risarcito.

AUTORE

Avv. Alessandro Cuggiani

in pillole

INFARTO, UN RISCHIO CALCOLATO

Il calcolo computerizzato del rischio infarto indica che, mentre le donne registrano un rischio medio di circa il 5% in 10 anni (quindi basso), negli uomini tale rischio sale al 10-12% in 10 anni. Lo studio, presentato a Venezia nel corso del "Congresso Drugs Affecting Lipid Metabolism", è stato condotto per il Coronary Heart Disease Prevention Programme dal Servizio di Prevenzione e Protezione del CNR in collaborazione con il Servizio Medico della FAO. Ha coinvolto 482 lavoratori della FAO di Roma (272 uomini con oltre 45 anni e 210 donne dai 50 anni in su),

evidenziando che, mentre il 46% delle donne a fronte del 35% degli uomini, al momento dell'indagine, non presentava nessuno dei principali fattori di rischio cardiovascolare, il 16% degli uomini, contro il 9% delle donne, presentava associati tre o più fattori di rischio cardiovascolare. La ricerca ha permesso inoltre di valutare anche la percezione del rischio, chiedendo ai soggetti di esprimere un giudizio sul proprio rischio utilizzando una scala di valutazione semiquantitativa. Particolarmente interessante è il dato emerso dal confronto tra il rischio calcolato e il rischio percepito: mentre gli uomini valutano abbastanza bene il proprio rischio, nelle donne è emersa una chiara tendenza a sopravvalutarlo, in netto contrasto al risultato calcolato.

La ASL Rm/B gli ha intitolato il Centro di formazione **Indimenticabile Luigi**

“Tutti noi colleghi del Servizio Assistenza Infermieristica abbiamo voluto che rimanesse un segno indelebile nel tempo della presenza di Luigi”.

Una motivazione semplice quanto sentita quella che ha spinto la Asl Roma/B ad intitolare a Luigi Patrizi il suo Polo formativo di base e professionale aziendale.

Alla cerimonia di intitolazione del centro di formazione svolta il primo marzo scorso hanno preso parte tutti i colleghi dell'amico compianto, in un'atmosfera pervasa di commozione e rimpianto. Marinella D'Innocenzo, direttore del Servizio infermieristico della ASL RM/B, nel commemorare la figura di Luigi Patrizi, ha ricordato le sue qualità umane e professionali, sottolineando il particolare spirito di servizio che ne ha sempre contraddistinto l'attività professionale. Il presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Gennaro Rocco ha definito la figura di Luigi come l'emblema dell'evoluzione vissuta negli anni dalla professione infermieristica, un professionista dell'assistenza che, cominciando dall'inizio, ha saputo concretizzare tutte le

tappe della carriera tra l'ammirazione generale dei colleghi.

Un uomo indimenticato e indimenticabile il cui nome, da oggi, resterà per sempre legato al Centro di formazione della Sua Azienda oltre che al cuore di tutti noi.



Sono una donna di 31 anni. Nel 1996 mi sono diplomata come infermiera professionale e da allora mi trovo vicino ai pazienti ogni giorno. A volte, anche noi infermieri ci ammaliamo e solo allora capiamo quanto sia importante, faticosa e piena di responsabilità la nostra professione. Racconto la mia storia per aiutare chi, come me, si trova a dover lottare contro la cistite interstiziale, una malattia rara, cronica, ingravescente. Ho dovuto far fronte alla malattia senza trovare risposte certe, passando da un ospedale all'altro. Mi è sembrato di impazzire. Sono passati quattro anni e conosco almeno il nome del mio problema grazie a un medico che studia proprio la cistite interstiziale.

A 27 anni cominciai ad avere pollachiuria e nicturia, dolori pelvici e dolori durante i rapporti sessuali, che divennero praticamente impossibili; forti dolori localizzati al pube irradiati al fianco destro e alla regione lombare. Col tempo cominciai ad avvertire uno strano fuoco in vagina, nell'uretra, nella pelvi, nell'ano, una sensazione di ustione, lo stimolo ad urinare ogni 5-10 minuti; di notte preferivo stare sveglia piuttosto che alzarmi in continuazione per andare in bagno. Avvertivo nella vescica come degli spilli infuocati. Difficile spiegare un dolore così.

Infezioni continue da germi diversi. Fui sottoposta a terapia antibiotica ed analgesica, mi furono somministrate flebolisi che sembravano acuire i sintomi più

che ridurli. Diverse furono le diagnosi: coliche addominali, renali, cisti ovariche di natura endometriosa; per due anni fui sottoposta a laparoscopia, pensando che il problema fossero le cisti ovariche. I dolori continuavano e comparve anche la febbre. Feci una terapia ormonale per mettere a riposo le ovaie. Ma i problemi peggioravano. Con mio marito, cominciammo la nostra lotta per avere una diagnosi.

Andai da un urologo; venne escluso un problema psichico. Altri accertamenti riscontrarono un difetto di svuotamento della vescica, alla base delle mie continue cistiti aggravate dalla terapia antibiotica. Con il catetere i dolori sembravano sparire. Su consiglio dell'urologo, mi recai dal professor (...) dell'ospedale (...), esperto di problemi funzionali della vescica. Sin dalla prima visita ebbi la sensazione che il professore avesse in mente una diagnosi precisa, diversa dalle precedenti. Durante la visita mi toccò in un punto che nessuno aveva mai toccato e che a me faceva molto male (verso la parete della vescica). Pensai: forse ci siamo. Mi prescrisse diversi esami: ecografia renale, cistografia menzionale, urodinamica, colposcopia, vulvoscopia, urografia, uretro-cistoscopia e urino-coltura. Molti di questi esami furono profondamente imbarazzanti. Mi fu così diagnosticata la cistite interstiziale. Era la prima volta che sentivo nominare questa malattia.

Tornata a casa, mi misi a caccia di informazioni; su Internet trovai il sito dell'AICI (Associazione Italiana Cistite). Iniziai una corrispondenza e-mail con la presidente. Per la diagnosi definitiva, il professore mi chiese di eseguire una cistoscopia in anestesia generale con biopsia della strato vescicale profondo. La lista di attesa in ospedale era molto lunga, avrei dovuto aspettare mesi. Oppure farla a pagamento. Ma non avevo i soldi, avevo già speso molto per i vari esami. Andai in un'altra struttura, dove mi fecero una RM addominale che risultò negativa ed una cistoscopia in anestesia spinale che evidenziò solo una cistite bullosa. Mi prescissero altri antibiotici ma la sintomatologia non regrediva. Tornai dal professor (...) con il risultato della cistoscopia. Mi prescrisse una terapia con Omnic, Sirdalud e Laroxil che alleviarono la sintomatologia per un po' di tempo. Ad un nuovo controllo, però, mi prescrisse una nuova cistoscopia, stavolta in narcosi. Mi aiutò facendomela eseguire in ospedale. Il risultato confermò la diagnosi di cistite interstiziale.

Mi fu spiegato che non c'era una terapia medica e che l'unico tentativo avrei potuto farlo impiantando un neuro-stimolatore sacrale. Ma non c'era uno stimolatore disponibile e mi fu detto che comunque ero troppo giovane per quell'intervento. Fui rimandata a casa con una terapia medica che tutti sapevamo inefficace. Provai a riprendere il lavoro e una vita normale, ma i problemi erano sempre gli stessi. Mi rivolsi all'AICI e, dopo qualche tempo, riuscii a trovare un neuro-stimolatore. Me ne venne impiantato prima uno provvisorio; i risultati furono eccellenti e mi venne così impiantato quello definitivo. Fui nuovamente ricoverata per eseguire il confezionamento della tasca sottocutanea per il pace-maker vescicale. I risultati non sono stati immediati: per due mesi si sono presentati i soliti disturbi associati a febbre. Poi, piano piano, le cose sono andate meglio, anche se i sintomi non sono scomparsi del tutto e ancora oggi ho delle ricadute.

Vivere con la cistite interstiziale a 31 anni, nell'età in cui si cominciano a rea-

lizzare i propri progetti di vita (lavoro, casa, famiglia, figli) non è facile. I rapporti sessuali dolorosi diminuiscono l'interesse sessuale e la frequenza, con il rischio di depressione e ansia, provocati anche dal dolore cronico e dalla difficoltà dormire. E poi gli inevitabili problemi sul lavoro: ero nel reparto di Prima Chirurgia, mi piaceva moltissimo, avevo imparato molto, con i colleghi mi trovavo bene. All'inizio andavo al lavoro anche con la febbre, ma poi la spossatezza e la frequente minzione non mi permisero più di lavorare come avrei dovuto e voluto. Fui così spostata di reparto e mi venne accordato il minor aggravio (6 ore al giorno escluse notti e festivi). Ogni giorno ci metto tutto il mio impegno e stringo i denti per non mostrare alle colleghe il mio dolore e la mia sofferenza.

Di cistite interstiziale non si muore, ma la vita cambia radicalmente. Una malattia da affrontare con grande forza e consapevolezza, ma anche con l'aiuto e la solidarietà degli altri. Chi la vive non deve scoraggiarsi e isolarsi; al contrario, deve lottare per far conoscere questa malattia. Comunicare è la chiave giusta e permette ad altre persone di avere una diagnosi tempestiva e di non soffrire come è toccato a me, evitando esami ripetuti e inutili.

Spero che la mia storia sia di aiuto ai colleghi nella conoscenza di questa malattia per aiutare a loro volta chi con la cistite interstiziale è costretto a convivere.

Lettera firmata

Ben detto, cara collega. Comunicare la propria malattia è fondamentale per affrontarla nel modo giusto. Il suo è un ottimo esempio. Ritengo che dedicare lo spazio di questa rubrica alla sua storia possa rivelarsi utile.

Auguri.

Sono stati mesi difficili per la professione. Duro è stato il confronto con un'opinione pubblica pesantemente condizionata dagli eventi della cronaca. In particolare, la vicenda dell'infermiera dell'ospedale di Lecco, reo confessa di una serie di omicidi perpetrati inducendo embolie gassose nei ricoverati, ha scatenato la stampa in un carosello di deduzioni e accostamenti con la figura stessa dell'infermiere, con il suo ruolo, le sue funzioni.

Inutile forse sottolineare come il "circo mediatico" abbia ecceduto, come spesso accade quando c'è di mezzo un infermiere, in sensazionalismo, genericità, infondatezza e superficialità dell'informazione. Un vizzo che conosciamo bene e per il quale, una volta tanto, non spendiamo più di queste righe.

Anche perché, dalla terribile vicenda di Lecco e dall'eco che ne è scaturita, sono emersi anche altri aspetti che vale la pena di sottolineare. Da una tragedia umana che ne innesca tante altre e che danneggia fortemente l'immagine pubblica della professione, irradia tuttavia una nuova attenzione verso il mondo degli infermieri e la loro condizione. Per una categoria che spesso non ha voce, è già qualcosa da non sciupare. E dunque da ribadire.

A cominciare dal senso comune, da un sentire collettivo che verifica in un caso tanto efferato l'importanza di essere in buone mani quando ci si affida all'assistenza di un infermiere, in mani professionali, sicure, amiche. E' quanto la categoria va professando e reclamando da anni, ciò che tanti infermieri si guadagnano ogni giorno sul campo. Bene

perciò che se ne parli. Un'immagine che per noi significa consapevolezza del ruolo e responsabilità professionale.

Molti i servizi radio-televisivi, gli approfondimenti sui giornali, nella rete web. Il ministro della Salute Sirchia irrompe nel dibattito proponendo test attitudinali e psicologici periodici oltre che nella fase della formazione universitaria degli infermieri, come accade per i piloti d'aereo, chiarendo però che non è competenza del Governo fissare i termini delle modalità di assunzione, ma di Regioni, Aziende sanitarie e ospedaliere.

Da segnalare Il Corriere della Sera che, in un articolo di Margherita De Bac del 21 dicembre scorso, ha dato voce alla professione, consentendo al presidente del Collegio IPASVI di Roma di chiarire alcuni aspetti e parare qualche colpo di troppo sferrato alla categoria:

<Chi si avvicina alla professione infermieristica e aspira al diploma universitario deve presentare un certificato del medico legale che attesti l'idoneità psicologica e fisica - ha spiegato il presidente Gennaro Rocco - Nei tre anni di corso il percorso di formazione include una decina di materie psicologiche e la partecipazione a giochi di ruolo in cui i laureandi vengono addestrati a gestire situazioni stressanti. Siamo gente ben preparata, la nostra affidabilità non va messa in dubbio>.

La discussione dilaga e i temi si rincorrono. Il ministro riconosce che <La carenza di personale è tale che non sempre questo viene selezionato e assegnato ai reparti che più si addicono alle sue capacità>. Afferma su diversi organi di



stampa che nel giro di un paio d'anni l'emergenza infermieristica potrà essere tamponata adeguatamente con i giovani oggi in formazione. Si dice scettico sull'impiego di infermieri extracomunitari per arginare le carenze degli organici, non per un problema di professionalità quanto per l'inevitabile deficit linguistico che rende difficile la comunicazione con il paziente che spesso parla solo il dialetto.

Il Messaggero del 19 dicembre, con un articolo di Marco Giovannelli, fa il punto della situazione nel Lazio e negli ospedali del Centro Italia. Sottolinea la durezza della professione (<turni massacranti, stipendi non adeguati alle responsabilità, costante contatto con la malattia e la morte>) e fornisce le cifre: negli ospedali dell'Italia centrale mancano almeno 2.500 infermieri; nel Lazio operano circa 30 mila infermieri, 22 mila nelle strutture sanitarie della capitale. Di questi ultimi, circa 2 mila provengono da Paesi extracomunitari; la loro quota tra gli iscritti del Collegio IPASVI di Roma è in costante aumento.

Spiega il presidente Rocco a proposito della grave carenza di infermieri: <I problemi maggiori si avvertono nei mesi estivi e nelle principali ricorrenze festive. E se non ci sono punti di criticità drammatica è solo perché la mancanza di personale è distribuita equamente in tutti gli ospedali di Roma. La nostra è una carenza di personale storica, cronica e difficile da colmare: negli ospedali della capitale va in pensione ogni anno il 4-5 per

cento della forza lavoro, cioè non meno di 1.500 infermieri. Nelle scuole vengono formati meno di mille nuovi specialisti e quindi il saldo resta negativo. Bisogna poi considerare che i neo laureati non sono tutti di Roma o preferiscono lavorare altrove. La conseguenza è che nelle corsie degli ospedali ci sono sempre meno infermieri>.

Il servizio presenta inoltre uno spaccato realistico delle difficoltà dovute agli stipendi bassi e ai turni massacranti. <Le responsabilità e i carichi di lavoro sono tanti ma i soldi pochi – conclude Rocco – Questo è un altro motivo che tiene i giovani lontani dalle corsie ospedaliere. Riusciamo a bilanciare il turn over solo con gli extracomunitari, che sono in costante crescita e ormai sfiorano il 10 per cento del personale impegnato negli ospedali romani>.

Infine, da segnalare l'ampio risalto che i media hanno riservato alle quattro giornate di aggiornamento e confronto organizzate dal Collegio IPASVI di Roma presso il SANIT 2005, la mostra dei servizi sanitari allestita dal 9 al 14 febbraio scorsi alla Fiera di Roma. Per un'intera settimana, infatti, gli infermieri, i loro problemi e le prospettive della professione hanno ottenuto una visibilità mediatica che difficilmente viene accordata dai mezzi di informazione. Speriamo solo che non si sia trattato di un lampo nel buio, di un'attenzione estemporanea destinata a naufragare nel solito mare dell'indifferenza.

in pillole

STAMINALI, OCCHIO ALLA CONTAMINAZIONE

Uno studio pubblicato nell'edizione on line della rivista "Nature Medicine" lancia l'allarme: le cellule staminali derivate da embrioni umani attualmente a disposizione dei ricercatori americani sarebbero state contaminate e non potrebbero essere più utilizzate per fini medici. Le colture delle cellule sarebbero state contaminate dalle col-

ture di origine animale utilizzate per stimolare la duplicazione (cellule di tessuto connettivo ottenute da topi ed embrioni di vitello). La riproduzione delle cellule avviene in tessuti di coltura di origine animale; questi avrebbero dato origine a una presenza eccessiva di acido sialico, che può compromettere il potenziale utilizzo delle cellule staminali umane. Lo afferma un gruppo di ricercatori dell'università californiana di San Diego.

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

**Dal 1° Aprile è ripartita la campagna
di assicurazione**

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.") e sul sito www.ipasvi.roma.it.

Ancora una conferma dell'obbligo di iscrizione all'albo

Sulla Gazzetta ufficiale del 16 Marzo 2005, supplemento ordinario n. 62 e' stato pubblicato il Decreto Legge n. 35 sulla competitivita' che, fra le altre cose, ribadisce l'obbligatorieta' dell'iscrizione all'Albo Professionale.

L'art. 2 comma 5 così recita:

Nel caso in cui l'abilitazione professionale costituisca requisito per l'instaurazione del rapporto di lavoro subordinato, è obbligatoria l'iscrizione all'albo per l'espletamento delle relative funzioni

Viene così confermato il ruolo fondamentale dei Collegi IPASVI quale organismi di garanzia del possesso dei requisiti professionali dei propri iscritti nei confronti dei cittadini-utenti del Servizio Sanitario Nazionale.

Nelle more della sua conversione definitiva in legge ad opera del Parlamento, prevista entro il prossimo mese di maggio, il Decreto in questione assume piena validità operativa.

Rinnovi e nuove Adesioni alla Convenzione Assicurativa Ipasvi

RINNOVI

Tutti gli Assicurati della Convenzione Assicurativa IPASVI/Reale Mutua Assicurazioni riceveranno dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI una comunicazione in cui saranno presenti le Modalità di Rinnovo della copertura assicurativa, nonché il bollettino postale per l'effettuazione del pagamento del premio.

È necessario:

- attenersi esclusivamente alle procedure indicate nella comunicazione della Federazione;
- utilizzare obbligatoriamente il bollettino postale allegato alla comunicazione per effettuare il versamento. Non esistono altri strumenti per il pagamento.

Il pagamento deve essere effettuato entro il 15 maggio per avere la continuità della copertura assicurativa.

Nota bene: per coloro i quali hanno versato il premio intero pur avendo una copertura semestrale, la cifra in eccedenza (15 o 30 euro) sarà considerata quale anticipo sull'annualità successiva e dovranno perciò pagare solo la differenza di premio (15 o 13 euro).

NUOVE ADESIONI

Per le nuove adesioni è necessario rivolgersi al Collegio IPASVI di appartenenza per richiedere il modulo di adesione (oppure è possibile scaricarlo dal sito internet www.ipasvi.it), dopodiché occorre effettuare il pagamento del premio sul c/c esclusivamente per le nuove adesioni).

Infine bisogna inviare al proprio Collegio IPASVI il Modulo di Adesione debitamente compilato in ogni sua parte e la fotocopia del bollettino postale che attesta l'avvenuto versamento.

MODULO DI ADESIONE
ALLA COPERTURA ASSICURATIVA DI RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE
DELL'INFERMIERE PROFESSIONALE, ASSISTENTE SANITARIO, VIGILATRICE D'INFANZIA
RELATIVO ALLA POLIZZA CONVENZIONE STIPULATA TRA LA FEDERAZIONE NAZIONALE DEI
COLLEGI IPASVI E LA REALE MUTUA ASSICURAZIONI

COGNOME E NOME:		CODICE FISCALE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
INDIRIZZO	C.A.P.	LOCALITA'	PROVINCIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELEFONO	FAX	CASELLA DI POSTA ELETTRONICA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
COLLEGIO IPASVI DI	N.ISCRIZIONE		<input type="text"/>

DECORRENZA: dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui verrà raggiunto il numero minimo di iscritti pari a 5000 nominativi come da stabilito dalla Convenzione stipulata tra Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI e Reale Mutua Assicurazioni
SCADENZA : un anno dalla data di decorrenza

CONTRASSEGNARE IL TIPO DI COPERTURA SCELTA:

Polizza n. 192/03/357/10000/03027
MASSIMALE EURO 1.000.000
PREMIO € 26

Polizza n. 192/03/357/20000/03027
MASSIMALE EURO 2.000.000
PREMIO € 30

Con la firma di questo modulo il Sottoscritto chiede di essere inserito nell'elenco dei nominativi assicurati dalla polizza stipulata tra la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI e Reale Mutua Assicurazioni. La garanzia decorrerà dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui verrà raggiunto il numero minimo di adesioni pari a 5000 nominativi. La scadenza della copertura sarà un anno dalla data di decorrenza.

Allega copia del versamento effettuato sul C/C postale n. **50803964** intestato alla Federazione Nazionale Collegi IPASVI, senza il quale non potrà essere inserito tra i nominativi assicurati.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e letto il testo di polizza ed il testo della Convenzione che, con la sottostante sottoscrizione, accetta integralmente.

FIRMA _____

- Il sottoscritto, con riferimento a quanto previsto dall'art. 1341 C.C., dichiara di approvare specificatamente i seguenti punti della polizza convenzione prescelta riportati sui Modd.:
- 5164 RCG: punto 1.4 (Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione); punto 1.5 (Recesso dal contratto); punto 2.1 (Obblighi in caso di sinistro);
- 5165 RCG punto 2.4 (Efficacia della garanzia nel tempo); punto 2.5 (Effetti sulle polizze sostituite); punto 2.6 (Massimale e limiti di risarcimento); punto 2.8 (Recesso dal contratto); punto 2.9 (Obblighi in caso di sinistro); punto 2.12 (Premi e inserimento in garanzia)

FIRMA _____

Preso atto dell'informativa allegata alle Polizza sopra indicate, ed ai sensi degli art. 11, 20, 22 e 28 della Legge 31.12.1996, n. 675, acconsento: al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, che mi riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società Assicuratrice; alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicati nella predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti obbligatori per legge o aventi le finalità ivi indicate; al trasferimento degli stessi dati all'estero

FIRMA _____

POLIZZA ASSICURATIVA

C/C N° 50803964 - Intestato: Federazione Nazionale Collegi IPASVI - Via A. Depretis, 70 - 00184 Roma

Causale di pagamento: Assicurazione

Da consegnare al Collegio IPASVI di Roma:

- 1) Modulo con dati anagrafici, indicare con una X la polizza scelta e 3 firme; 2) Fotocopia bollettino pagato



Lo "starter kit" del ricercatore (parte quarta)

Abbiamo visto nel precedente numero della rivista come effettuare delle ricerche nel vasto mare di Internet, gli strumenti, e come filtrare i risultati. Abbiamo trovato anche modi alternativi (i motori in clustering) e qualche consiglio sulla sintassi delle ricerche.

Ora facciamo un piccolo salto restando su Internet, ma usandola non per consultare semplici siti web, ma bensì per accedere a "banche dati biomediche", fonti di citazioni bibliografiche di eccellenza.

La più famosa banca dati biomedica è senza dubbio **Medline** (Medlars Online), raggiungibile e consultabile con accesso gratuito via PubMed, ed è ospitata e gestita dalla National Library of Medicine.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>

Contrariamente a quello che si può pensare, un "database" come Medline non contiene il testo degli articoli originali, ma solo la citazione (al massimo con un abstract...) ed il riferimento alla rivista che lo contiene (di cui se ne fornisce anche l'indirizzo web, ove disponibile). Questo, assieme all'uso della lingua anglosassone, rappresenta una delle ragioni più profonde di delusione tra chi si avventura la prima volta con forti entusiasmi.

Ma superato il primo impatto, e fatta la conoscenza di questa enorme banca dati, al nostro primo risultato di ricerca ci salta subito all'occhio che la maggior parte dei repertori recensiti sono consultabili a pagamento direttamente alla fonte primaria. Per chi è di diverse pretese, ma cerca co-

munque repertori infermieristici (e non) di eccellenza, esiste (nascosta ma non troppo...) la versione gratuita dell'archivio, con il link all'articolo completo e gratuito. Stiamo parlando di PubMed Central:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/>

Altro capitolo, invece, per la banca dati più famosa per l'infermieristica: il **Cinahl Database**

<http://www.cinahl.com/>

Se cercate citazioni di articoli eccellenti in campo infermieristico, lo troverete sicuramente qui. Il costo? Un tempo sicuramente proibitivo in quanto distribuito solo in CD-ROM, ora accessibile via web al costo di \$ 20 l'anno per uso personale. Avete voglia di avere l'articolo originale senza acquistare l'intera rivista? \$ 16 ad articolo, e ve lo spediscono via email o fax. Molto utile se dobbiamo aggiornare le nostre procedure infermieristiche, oppure i protocolli della nostra Unità Operativa.

Se siamo in totale difficoltà con l'inglese, possiamo sempre tentare una traduzione degli abstract con un traduttore online, come quello offerto da Altavista, solo per capirne il senso; impareremo a nostre spese che le traduzioni non sono poi così "congruenti".

<http://babelfish.altavista.com/>

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



**IL CONTINUO SVILUPPO TECNOLOGICO
E DELLE CONOSCENZE SCIENTIFICHE,
L'INTEGRAZIONE DELLE COMPETENZE
TRA I PROFESSIONISTI
SONO I PILASTRI DEL CAMBIAMENTO**

**Viaggio di Studio Collegio Ipasvi di Roma
27 Maggio - 5 Giugno 2005**

BRAZILE



20 CREDITI ECM PER INFERMIERI

•RIO DE JANEIRO•

•SAN PAOLO•

•SALVADOR DE BAHIA•

VENERDI 27 MAGGIO 2005

ROMA/MILANO/RIO DE JANEIRO

Ritrovo dei Sigg. Partecipanti alle ore 16:00 presso l'aeroporto di Roma/Fiumicino. Incontro con ns. assistenza per disbrigo delle formalità d'imbarco e partenza con volo di linea AZ 1048 delle 18:25 per Milano. Arrivo alle ore 19:45 e partenza con volo intercontinentale Varig - RG 8735 - delle ore 21:40 per Rio de Janeiro. Cena a bordo.

SABATO 28 MAGGIO 2005

RIO DE JANEIRO

Arrivo a Rio alle ore 06:45 ora locale (fuso orario - 4). Incontro con la guida e trasferimento in pullman privato in Hotel. Sistemazione nelle camere riservate. Pranzo libero. Nel pomeriggio visita guidata della città: visiteremo la **Cattedrale**, il famoso **Maraconà**, il vecchio centro storico e saliremo in funivia fino al **Pan di Zucchero**, dove avremo un colpo d'occhio grandioso sull'ampia baia di **Guanabara** esul complesso paesaggio di isole, spiagge e rilievi, attorno ai quali si articola scenograficamente la città. Cena in ristorante. Pernottamento.

RIO DE JANEIRO

È stata la capitale del Brasile dal 1763 al 1960 ed ha un centro storia ricchissima, che rivive nel contrasto tra gli edifici moderni e l'architettura coloniale. La sua baia è una delle più belle del mondo uno specchio di mare azzurro dominato da colline granitiche, tra cui il Pan di Zucchero e il Corcovado con la maestosa statua del Redentore, a 700 metri sul livello del mare.

DOMENICA 29 MAGGIO 2005

RIO DE JANEIRO

Prima colazione in hotel. Mattinata dedicata alla visita guidata del **Corcovado**, con la famosa statua del Cristo Redentore che sovrasta la città e la foresta di **Tijuca**, la più estesa foresta urbana del mondo. Pranzo libero. Pomeriggio a disposizione per passeggiare nell'elegante quartiere di **Ipanema** o per momenti di relax lungo la spiaggia di **Copacabana**. Cena in churrascaria. Pernottamento.

LUNEDI 30 MAGGIO 2005

RIO DE JANEIRO/SAN PAOLO

Prima colazione in hotel. Trasferimento in bus

privato con guida parlante italiano all'**Hospital "Barra d'Or."**. Visite e conferenze:

- Il sistema sanitario nazionale: contenuti, strategie e organizzazione.
- L'accesso ai servizi sanitari, pubblici e privati in una delle più grandi metropoli del mondo

Pranzo libero.

Alle ore 19,30 trasferimento privato in aeroporto per il volo delle ore 21:45 per San Paolo. Arrivo previsto alle ore 22,55. Trasferimento e sistemazione in hotel. Cena libera. Pernottamento.

MARTEDI 31 MAGGIO 2005

SAN PAOLO

Primo colazione in hotel. Mattinata dedicata olio visito dell'**Hospital Albert Einstein**. Visite e conferenze:

- La formazione infermieristica in Brasile: realtà, strategie e sfide
- Ruolo e organizzazione dell'infermiere all'Hospital Albert Einstein

Pranzo libero. Nel pomeriggio visita panoramica dello città. Cena in ristorante. Pernottamento.

SAN PAOLO

Capitale cosmopolita e quarta città per grandezza nel mondo. Fondata nel 1554, fu la prima città del paese a venire organizzata nel suo aspetto urbanistico. Costitui il punto di partenza del movimento pionieristico che doveva estendere i confini del Brasile. Nel diciannovesimo secolo, la cultura del caffè raggiunse il suo culmine con l'arrivo di numerosissimi emigranti da tutte le parti del mondo. La città possiede numerosi parchi: una menzione particolare al Giardino Botanico con una favolosa collezione di ben 20 mila orchidee.

MERCOLEDI 01 GIUGNO 2005

SAN PAOLO

Prima colazione in hotel. Mattinata dedicata alla visita dell'**Hospital Beneficiencia Potuguesa**. Visite e conferenze.

- L'importanza dei missionari laici e religiosi nei servizi socio sanitari brasiliani: storia e realtà attuale
- I servizi sanitari territoriali: organizzazione, struttura e distribuzione. Pranzo libero. Pomeriggio a disposizione. Cena in ristorante tipico. Pernottamento

GIOVEDI 02 GIUGNO 2005

SAN PAOLO/SALVADOR DE BAHIA

Prima colazione in hotel. Trasferimento in aeroporto e partenza alle ore 12:00 per Bahia. Arrivo alle ore 14,10.

Trasferimento privato in hotel. Sistemazione nelle camere riservate. Pranzo libero. Pomeriggio visita panoramica della città. Cena in ristorante. Pernottamento.

SALVADOR DE BAHIA

Salvador, capitale dello Stato di Bahia, universalmente riconosciuta come la capitale "nera" del Brasile, per i suoi tremilioni di abitanti, di cui il 90% sono "colored" o meticci. Ma è anche la città delle 365 chiese, giusto una per ogni giorno dell'anno e dei 3000 "terreiros", i santuari del condoblè, l'antica religione d'origine africana importata in Brasile dagli schiavi. Il suo "cuore" è il Pelourinho, il quartiere con i suoi edifici color pastello, le sue strade lastricate e la benedizione Unesco, che lo ha incluso nel Patrimonio mondiale dell'umanità. La sua anima è raccontata nei libri di Jorge Amado, scrittore che ben ha saputo descrivere ed interpretare i suoi aspetti mistici e spirituali.

VENERDI 03 GIUGNO 2005

SALVADOR DE BAHIA

Prima colazione in hotel. Mattinata dedicata alla visita dell'Ospedale "HOSPITAL PORTUGUES". Visite e conferenze.

- Management ospedaliero: l'importanza dell'infermiere nell'organizzazione sanitaria ospedaliera
 - Le sfide dell'infermiera brasiliana nel secondo millennio
- Pranzo libero. Nel pomeriggio visita della città con guida. Cena in ristorante tipico. Pernottamento.

SABATO 04 GIUGNO 2005

SALVADOR/SAN PAOLO/MILANO/ROMA

Prima colazione in hotel. Mattinata a disposizione. Pranzo libero. Nel tardo pomeriggio trasferimento in pullman privato all'aeroporto per il volo delle ore 19:55 (via San Paolo). Alle ore 23:45 partenza con il volo intercontinentale Varig RG 8734 per Milano. Cena a bordo.

DOMENICA 05 GIUGNO

MILANO/ROMA

Arrivo a Milano alle ore 16:20 e partenza per Roma alle ore 21:30 con volo AZ 1041. Arrivo previsto 22:30.

QUOTA INDIVIDUALE DI PARTECIPAZIONE

- IN DOPPIA	EURO 2130,00
- SUPPLEMENTO SINGOLA	EURO 2430,00
- ASSICURAZIONE ANNULLAMENTO VIAGGIO, SPESE SANITARIE.	
ASS. BAGAGLIO	EURO 75,00

LA QUOTA COMPRENDE:

- PASSAGGI AEREO INTERCONTINENTALE A/R IN CLASSE TURISTICA CON VOLI DI LINEA VARIG
- PASSAGGI AEREI INTERNI CON VOLI DI LINEA IN CLASSE TURISTICA
- TRASFERIMENTI DA E PER GLI HOTEL
- PULLMAN A DISPOSIZIONE PER VISITE GUIDATE.
- VISITE AGLI OSPEDALI, TRASFERIMENTI E PER LE CENE
- HOTEL 5 ***** CON 1° COLAZIONE
- CENA COME DA PROGRAMMA
- ACCOMPAGNATORE/ASSISTENZA PER TRASFERS, VISITE, TOURS, CENE E CHECK-IN AEROPORTI
- VISITE GUIDATE COME DA PROGRAMMA
- INTERPRETI PER LE CONFERENZE
- TASSE AEROPORTUALI E PERCENTUALI DI SERVIZIO

LA QUOTA NON COMPRENDE:

- GLI INGRESSI
- LE BEVANDE
- LE MANCE
- GLI EXTRA E QUANTO NON INCLUSO ALLA VOCE "COMPRENDE"

**ORGANIZZAZIONE TECNICA
I VIAGGI DEL PERIGEO
PIAZZA CRATI 1 ROMA
TEL. 06-85301301
FAX. 06-8551544**

IN CORSO DI ASSEGNAZIONE ECM

INFORMAZIONI GENERALI

- LE PRENOTAZIONI DEBBONO PERVENIRE ENTRO IL GIORNO 10-03-05
- ALL'ATTO DELLA PRENOTAZIONE DOVRÀ ESSERE CORRISPOSTO UN ACCONTO PARI 700.00 EURO
- IL SALDO 20 GIORNI PRIMA DELLA PARTENZA



Viaggio di Studio

**Rio De Janeiro - San Paolo - Salvador De Bahia
27 maggio - 5 giugno 2005**

**PER INFORMAZIONI E PRENOTAZIONI:
I VIAGGI DEL PERIGEO**

00199 Roma - Piazza Crati, 1

Tel. 06.85301301 - Fax 06.8551544

Loredana Granai: Tel. 0773.480920 - Cell. 335.6523423