

# *M* infermiere oggi

Anno XV - N. 4 - Ottobre-Dicembre 2005 - Tariffe 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 2005  
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  
00171 Roma - Via Tor de' Schiavi, 227  
Tel. 06 24416888 - Fax 06 24408006  
e-mail: info@gemmagraf.it



ASSOCIATO  
ALL'UNIONE  
STAMPA  
PERIODICA  
ITALIANA

Finito di stampare: Aprile 2006

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.

- 1** EDITORIALE  
di Gennaro Rocco
- 3** CORSO PER BADANTI A CURA  
DI UN CAD DELLA AUSL RM/D  
di Emilia De Marchis, Renato Baffioni  
e Paola Gubbio
- 5** Utilizzo della tecnica mininvasiva  
nell'inchiodamento endomidollare  
del femore: aspetti  
tecnico-assistenziali  
in camera operatoria ortopedica  
di Paolo De Silvestri, Paolo Pompei  
e Silvia Sferazza
- 11** Analgesedazione in Terapia  
Intensiva Post-Chirurgica:  
gestione infermieristica  
del dolore acuto  
di Barbara Anzellotti e Viviana Cacciatori
- 15** La Sids: fattori di rischio,  
prevenzione e prospettive future  
di Gianluca Cruciani
- 19** Nuovi strumenti nella lotta  
all'ipertrofia prostatica benigna:  
le alternative alla TURP  
di Mauro Morroto
- 24** Parte il tavolo tecnico  
di Claudio Carola e Giorgia Allegretti
- 25** Infermiere: il valore  
della professione
- 34** Infermieri e mobbing  
di Paolo Tarantino
- 37** L'infermiere e gli integratori  
per lo sport  
di Massimo Giordani e Vincenzo Marchetti
- 46** Gli strumenti informativi ed  
operativi infermieristici nell'Unità  
Operativa: i riferimenti normativi  
di Carlo Turci
- 54** Il punto di svolta
- 60** Gestione in sicurezza  
di tracheotomia d'urgenza:  
Case report  
di A. Capasso, C. Turci, C. Dominici,  
R. Becelli, R. Morello
- 64** Infermieri in rete

## Valorizzare e “riconoscere” la professionalità!

di Gennaro Rocco

**D**al primo febbraio scorso gli infermieri possono ben dire di avere una legge dalla loro parte. E' una legge per certi aspetti storica, che completa un ciclo di conquiste della professione e ne apre un altro, ambizioso ma realizzabile con la forza di sempre, ostinata e pervicace, degli infermieri.

E' arrivata al traguardo dopo una lunga gestazione, contrassegnata da difficoltà e ostacoli, sfociata però in un'approvazione unanime del Parlamento, per una volta unito nel raccogliere le nostre istanze, nonostante sia giunta sul finale della legislatura, in un clima elettorale e dunque sensibile allo scontro.

La legge 43/2006 (G.U. 17 Febbraio 2006), sancisce quella dignità di professione apicale in ambito sanitario che abbiamo cercato e guadagnato sul campo, come sempre, volentieri e disposti a rimetterci in gioco. Determinante è stato il ruolo dei Collegi e della Federazione IPASVI che con grande coesione hanno esercitato ogni possibile pressione sulle istituzioni, ai diversi livelli politici e gestionali.

E' l'approdo di una lunga battaglia condotta dalla professioni sanitarie ed in particolare dagli infermieri italiani. Il principio è quello della massima tutela del cittadino che vive una fase critica della sua vita, offrendogli il supporto di figure professionali preparate al più alto livello, con una formazione



universitaria e specializzate, capaci di tradurre in modelli organizzativi e assistenziali le innovazioni scientifiche e tecnologiche, ma anche etiche e morali, tenendo sempre al centro di ogni prestazione l'uomo e i suoi bisogni complessivi.

Ci si chiede un altro scatto di professionalità per il presente e il futuro della professione. Ne parla diffusamente questo numero di “Infermiere Oggi”; a me solo l'opportunità di esprimere il senso di orgoglio con cui la professione accoglie questa ennesima sfida, pronta a vincere ancora. Si creano così le condizioni normative per tradurre nell'attività quotidiana le conquiste messe a segno negli ultimi anni dalle professioni sanitarie, consapevoli del peso sostenuto per assicurarsi percorsi formativi qualificati, la laurea triennale e quinquennale, i master di primo e secondo livello, la docenza universitaria, l'autonomia, il nuovo profilo professionale, un Ordine professionale che ne tutela dignità e rappresentatività a garanzia dei professionisti e dei destinatari delle prestazioni: i cittadini. Il tutto senza temere l'assunzione di ulteriori responsabilità scientifiche, tecniche, relazionali e organizzative.

Ecco la sfida: miscelando con professionalità l'esperienza clinica alla formazione di alto livello, siamo pronti ad affrontare nuove possibilità di carriera, fino alla dirigenza apicale, con la

prospettiva di un riconoscimento economico adeguato. Siamo in grado oggi di proporci come figura professionale autonoma e responsabile che, in team con quella medica, programma e dirige i processi assistenziali e organizzativi.

La legge istituisce di nuovo la funzione di coordinamento e reintroduce la necessità del possesso di un titolo di studio (il Master in management per le funzioni di coordinamento in sostituzione del vecchio titolo di Abilitazione alle funzioni direttive) per accedere al ruolo di "professionista coordinatore" leggasi Caposala. La legge 43 prevede inoltre la posizione di "professionista dirigente". Per accedervi è previsto l'obbligo del possesso della Laurea specialistica in Scienze infermieristiche che va a sostituire il titolo di D.A.I. Ma la vera grande novità sta nell'introduzione della figura del "professionista specialista". Sin ad oggi la carriera infermieristica si poteva intraprendere solo se ci si orientava al management. Con l'introduzione del "professionista specialista" si aprono finalmente opportunità di sviluppo di crescita e di carriera anche per tutti gli infermieri che ogni giorno tra mille difficoltà e disagi assicurano prestazioni di assistenza diretta nelle corsie degli ospedali ed in tutti i servizi territoriali. Per accedere a questa posizione la legge prevede l'obbligo del possesso di un Master di 1° livello in una qualsiasi area di specializzazione. Possiamo attenderci ora cambiamenti importanti nella qualità dei servizi resi ai cittadini, soprattutto dall'introduzione e riconoscimento di questo professionista portatore di una competenza più ampia, globale, deputata alla gestione della persona e non semplicemente della malattia.

In questa chiave, gioca un ruolo fonda-

mentale l'articolazione in aree della formazione post base, che la professione ha fortemente voluto dopo un approfondito confronto con diversi modelli esteri, segnatamente con le realtà canadese, statunitense, inglese, francese e spagnola. L'obiettivo quindi è promuovere **lo sviluppo nella professione infermieristica delle carriere cliniche** e della loro ricaduta sulla qualità dei servizi. Il ruolo e le competenze dell'esperto clinico costituiscono l'essenza stessa della professione di oggi e di domani. Il percorso per coltivare questa nuova ambizione è davanti a noi, sancito per legge dallo Stato. Sta a noi sfruttarlo fino in fondo, con determinazione.

Altro pilastro portante della legge è quello che ribadisce l'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo professionale anche per i dipendenti pubblici per poter esercitare la professione su tutto il territorio nazionale e conferisce una specifica delega al Governo per la trasformazione dei Collegi in Ordini Professionali.

Salutiamo con gioia quella che rappresenta la diretta conseguenza delle nuove dignità attribuite alle professioni sanitarie: il passaggio, anche questo storico, da Collegi a Ordini professionali. Si è voluto così rimarcare il diritto dei cittadini a disporre di garanzie precise sulle competenze e l'impegno deontologico dei professionisti, ma anche la capacità di questi ultimi a fornirle.

Insomma, ci siamo, siamo riconosciuti e ben riconoscibili. E nella sanità di oggi vogliamo poter stare in cabina di regia, nel nome dei cittadini. Auspichiamo infine che tutto ciò che siamo riusciti ad ottenere (con tanta fatica) in sede legislativa, trovi immediata ed adeguata applicazione e riconoscimento nei contratti di lavoro!

---

# Corso per badanti a cura di un CAD della AUSL RM/D

---

di Emilia De Marchis, Renato Baffioni e Paola Gubbiotti

**N**ei giorni 29,30 nov, 1 dicembre 2005 il CAD del Distretto 3 dell'Azienda U.S.L. Roma D ha tenuto la 2° edizione del "CORSO PER BADANTI".

L'idea del Corso "COME ASSISTERE A CASA" è nata, ed è andata maturando fino alla sua concretizzazione, dalle sempre più frequenti richieste, che gli infermieri del CAD di via Volpato, 18 ricevono, di informazioni, istruzioni e consigli sul come assistere ed accudire una persona malata, invalida o anziana a casa.

Il corso, completamente gratuito, che non è indirizzato alle sole "badanti" ma a tutti coloro che, a vario titolo, si trovano a doversi prendere cura di una persona non autosufficiente, si è svolto presso la Casa di Cura "MATER GRATIAE" di via dell'Imbreciato in quanto le Suore che gestiscono l'Istituto hanno generosamente offerto la loro ospitalità e collaborazione.

Gli infermieri del CAD, alcuni dei quali si sono cimentati per la prima volta in un'esperienza didattica, hanno fornito delle nozioni di

base dell'assistenza: dal come si rifà un letto libero/occupato al come si possono prevenire le lesioni da decubito. La fisioterapista del CAD ha poi illustrato le corrette modalità di mobilizzazione del paziente in sicurezza sia per quest'ultimo che per l'operatore. Il tutto con dimostrazioni pratiche ed esercitazioni dei partecipanti.

L'intenzione del Corso, che è stato voluto ed incoraggiato anche dal Responsabile del CAD, dr.ssa A. Sonnino, oltre a quella di fornire utili istruzioni, è stata anche quella di rafforzare un continuum assistenziale tra il personale del Distretto e le famiglie, offrendosi come punto di riferimento e dando un





segnale forte di presenza e disponibilità. Ciò ha rappresentato un ulteriore passo verso l'integrazione tra le istituzioni sanitarie ed il territorio. L'interesse suscitato dall'iniziativa è stato confermato dalle numerose richieste di partecipazione, infatti alla prima edizione del Corso, tenutasi nel mese di maggio 2005, si sono registrati 32 partecipanti ed alla seconda 30. Tra di loro molti cittadini stranieri, ma

anche familiari e Suore. L'indice di gradimento è stato alto e questo oltre a gratificarci, ci spinge a continuare su questa strada, offrendo quello che noi riteniamo un importante servizio perfettamente in carattere con le finalità dei CAD.

## AUTORI

*D.A.I. Dr.ssa Emilia De Marchis – Responsabile Servizio Assistenza Infermieristica Distretto 3 A.usl Roma D*  
*D.A.I. Renato Baffioni – Caposala Servizio Assistenza Infermieristica Distretto 3 A. usl Roma D*  
*Sig.ra Paola Gubbiotti – Caposala C.A.D. Distretto 3 A.usl Roma D*

## in pillole

### ANEURISMA SOTT'OCCHIO

L'Istituto di Fisiologia Clinica (IFC) del CNR ha messo a punto un software in grado di effettuare una valutazione personalizzata del rischio di rottura dell'aneurisma aortico. Il programma combina un modello matematico biomeccanico con il metodo di simulazione "Monte Carlo Metropolis", un sistema algoritmico indicato per ricavare stime attraverso simulazioni. Per ogni aneurisma studiato viene creato un "campione virtuale" di 10.000 aneurismi, ciascuno con caratteristiche mec-

caniche statisticamente simili a quelle dell'aneurisma studiato; di ogni aneurisma virtuale viene calcolato lo stress di parete e segnalato l'eventuale superamento del limite di rottura del vaso. Sulla base dei risultati ottenuti sull'intero "campione virtuale" è possibile fornire una valutazione quantitativa del rischio per lo specifico paziente. L'aspetto critico sta nel tempo necessario ad elaborare l'elevata quantità di dati. Utilizzando però un'infrastruttura di Grid computing che sfrutta la potenza di calcolo di diversi computer in rete, si è riusciti a ridurre i tempi di calcolo da 10 a 180 minuti, a seconda del numero dei pc utilizzati.

---

# Utilizzo della tecnica mininvasiva nell'inchiodamento endomidollare del femore: aspetti tecnico-assistenziali in camera operatoria ortopedica

---

di Paolo De Silvestri, Paolo Pompei e Silvia Sferrazza

**A**bstract: con questo articolo ci proponiamo di descrivere una personale ed originale tecnica mininvasiva per l'inchiodamento endomidollare del femore prossimale che si avvale di uno strumentario specifico per l'introduzione e la progressione del chiodo stesso: tale metodica detta del "*Filo di Arianna*" è stata ideata dal **Dottor Mario Tangari** nel 1999 ed è attualmente utilizzata presso la camera operatoria ortopedica dell' Azienda Ospedaliera "San Giovanni-Addolorata". *Questa tecnica di chirurgia in miniopen, che si avvale di fili guida e di trocar, permette di minimizzare il danno tissutale, senza aumento delle complicanze ed è perciò particolarmente indicata nei soggetti anziani, in cui esigenze di rapidità, mininvasività e scarsa perdita ematica sono di primaria importanza per le condizioni generali, spesso precarie in tali soggetti.* Durante la nostra attività lavorativa abbiamo appurato come tale tecnica riduca la perdita ematica, il dolore post-operatorio, nonché i rischi di infezioni. Ciò consente una rapida ripresa funzionale dell'arto e quindi delle condizioni generali del paziente/utente con, come dato di fatto in termini di costi-benefici, un minor numero di giorni di degenza in reparto.

## INTRODUZIONE

La chirurgia mininvasiva è una tecnica che consente di eseguire interventi con incisioni cutanee minime. Una **vera e**

**propria rivoluzione** soprattutto per le conseguenze post-operatorie. Mininvasività non significa sostituire a tutti i costi le tecniche tradizionali, ma "reversibilità", cioè, poter tornare immediatamente, se necessario, all'intervento classico senza danni per il paziente. Un'incisione particolarmente estesa aumenta il rischio per il paziente, con un'incidenza di complicanze a breve termine che varia dal 2% al 8% dei casi, come riportato in letteratura, e causato dalle ampie esposizioni, dalla durata più lunga dell'atto chirurgico, dalle perdite ematiche con conseguente anemia. Tali complicanze determinano una più lenta guarigione sia *biologica* per il danno a strutture quali il periostio e il rallentamento del callo osseo, che *clinica* per gli aumentati stimoli nocicettivi con una ripresa funzionale più lenta e non ultimo i processi infettivi. Per questo motivo oggi la ricerca si spinge verso procedure "mininvasive" con la sostituzione, cioè, delle tecniche tradizionali "a cielo aperto" con altre che utilizzano l'approccio chirurgico della MINIOPEN.

## TECNICA MININVASIVA NELL'INCHIODAMENTO ENDOMIDOLLARE IN FRATTURE DI FEMORE

Il femore è l'osso più lungo e pesante del corpo. E' riccamente vascolarizzato e nella diafisi contiene il midollo osseo

rosso. Le principali fratture interessano il collo e la diafisi. Oggi questo tipo di fratture possono essere trattate con l'utilizzo della "miniopen".

Nella tecnica di inchiodamento endomidollare, la mininvasività non si esaurisce nella sola incisione, che pure può essere limitata a pochi centimetri anche nell'inchiodamento endomidollare attuato con tecnica tradizionale, in base all'esperienza dell'operatore.

La mininvasività deve essere ricercata anche nelle altre fasi dell'intervento, come nella preparazione del canale femorale per l'alloggiamento del chiodo: a riguardo è secondo noi da evitare l'alesaggio, specialmente nei pazienti anziani, che per le loro condizioni generali spesso precarie dovute alle concomitanti patologie, necessitano della massima rapidità operatoria al prezzo del minor traumatismo locale, anche in termini di sanguinamento.

Nelle tecniche tradizionali vengono usati gli alesatori; tali strumenti sono dannosi in quanto provocano un danno alla spongiosa epifisaria, all'endostio e alla circolazione endostale con un ovvio aumento del sanguinamento e rallentamento dei processi di guarigione ossea; esso inoltre anche in mani esperte non è mai preciso poiché difficilmente si limita alla sola zona che ospiterà il chiodo ma si estende spesso in zone inutilizzate. Nel nostro sistema viene usato un "preparatore di canale", dotato di un bulbo apicale *non alesante* di diametro noto pari a 1/2 mm in più del chiodo utilizzato ed inciso sagittalmente per evitare l'effetto pistone e ridurre il rischio, se pur minimo, di embolizzazione grassosa e complicanze infettive.

## STRUMENTARIO E TECNICA CHIRURGICA

Lo strumentario ideato e brevettato per lo scopo è costituito da una serie di fili di Kirschner presagomati e montabili su mandrino, cannula, trocar e preparatore del canale midollare (fig. 1), che vengono usati sequenzialmente.

Il paziente va collocato sul letto di tra-



Figura 1: Strumentario completo per l'inchiodamento endomidollare mini-invasivo.

zione e la frattura ridotta il più possibile; con uno strumento radiopaco (spesso una pinza dell'anestesista) ed una matita dermatografica si segna, al momento del controllo della riduzione, l'ideale punto di ingresso del chiodo, situato ad un centimetro

dall'apice del trocantere ed al suo terzo medio e la posizione della diafisi femorale. Dopo aver preparato il campo sterile, puntando il primo filo-guida, da noi chiamato cerca-canale (fig. 2-A), del diametro di 4 mm, sul repere cutaneo, lo si fa progredire attraverso la cute fino all'apice del trocantere (fig. 2-B) e, a seconda del tipo di chiodo endomidollare in uso, medialmente a livello della fossetta o lateralmente; scelto l'esatto punto di ingresso, si trafigge l'osso e si fa prendere al filo la via del canale midollare, che verrà avvertita per vibrazione (fig. 2-C).

Smontato il mandrino si fa scorrere sul filo una cannula dilatatrice (figg. 3-A e 3-B) che si ancora all'apice del trocantere o nel massiccio epifisario, per usarlo a mo' di joystick e ridurre la frattura, specialmente se sottotrocanterica o diafisaria, opponendosi all'azione dell'ileopsoas e della muscolatura glutea; un trocar permetterà, se necessario, l'ampliamento del foro di ingresso (figg. 3-C e 3-D) prima del successivo passaggio del classico filo-guida del diametro di 3 mm (fig. 3-E e 3-F).

Un dilatatore permetterà, se necessario, l'ampliamento del foro di ingresso con



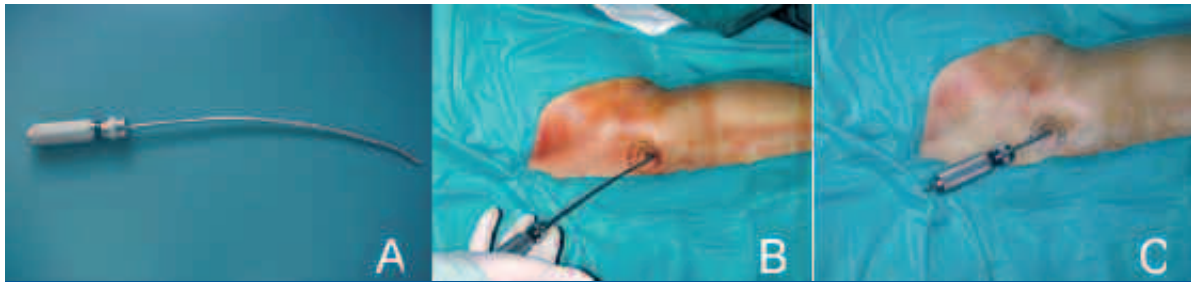


Figura 2: A, filo cerca-canale montato sul mandrino; B, puntamento del filo sul trocantere; C, introduzione nel canale femorale.

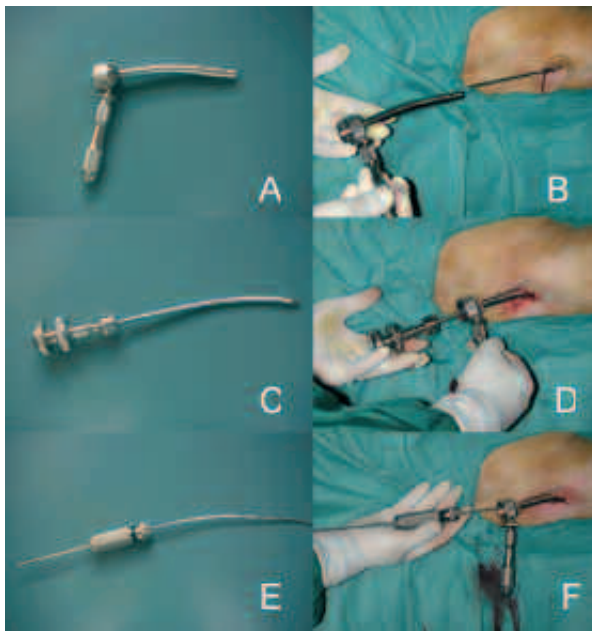


Figura 3: A, cannula d'ingresso; B, suo scorrimento sul filo cerca-canale; C, trocar (opzionale); D, utilizzo del trocar per allargare il foro di ingresso nel trocantere; E, filo-guida montato su mandrino; F, suo inserimento nella cannula di ingresso.

il successivo passaggio del classico filo guida (Fig.4).

A questo punto viene usato uno strumento preparatore del canale, che con un unico passaggio misura distalmente il canale diafisario senza lederne i vasi endostali, essendo a questo livello

smusso e di 11,5 mm e di preparare per rotazione, una piccola zona prossimale di trocantere, essendo per un breve tratto tagliente e di 16mm.

I successivi passaggi, come l'infissione finale del chiodo, della vite cefalica e di quelle distali sono comuni ad altre tecniche (vedasi Gamma Nail System); il risultato finale è invece caratterizzato da una piccola incisione chirurgica (fig. 5), da una rapidità di esecuzione con scarsa probabilità di errori e da una minima perdita ematica perioperatoria .

### Esempio di minioopen

### L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Tre sono le fasi principali in cui si suddivide l'assistenza infermieristica:

- Assistenza infermieristica preoperatoria: ha inizio con l'arrivo del paziente nel blocco operatorio e termina con l'inizio dell'intervento chirurgico.
- Assistenza infermieristica intraoperatoria.

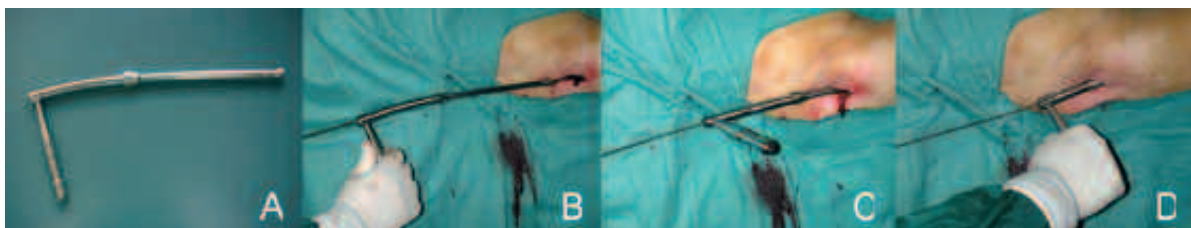


Figura 4: A, preparatore del canale; B, suo scorrimento sul filo-guida; C, misurazione del canale diafisario; D, preparazione dell'ingresso trocanterico del chiodo.



Figura 5: ferite chirurgiche a fine intervento; generalmente per introdurre il chiodo è sufficiente una incisione di 15 mm.

- Assistenza infermieristica postoperatoria: comincia con la fine dell'intervento chirurgico e il trasporto del paziente in reparto.

## ATTIVITÀ INFERMIERISTICA PREOPERATORIA

- accoglienza del paziente, supporto psicologico, gestione dell'ansia attraverso una comunicazione efficace ed informazioni chiare e corrette.
- Compilazione di una scheda di valutazione infermieristica che rilevi in modo globale gli aspetti psico-fisici del paziente durante tutto il percorso assistenziale (ansia, dolore, alterazione neuromuscolari, rischio tromboflebiti, nausea e vomito relativi agli effetti dell'anestesia, rischi emorragie postoperatorie ed infezioni...)
- Controllo della preparazione fisica del paziente (pulizia, disinfezione della cute, tricotomia).
- Controllo della documentazione necessaria all'intervento chirurgico (esami ematochimici, strumentali, consenso informato all'intervento, all'anestesia, alle emotrasfusioni).
- Incannulamento di una vena e monitoraggio del paziente.
- Collaborazione con l'anestesista per anestesia loco-regionale o spinale.

Prima dell'entrata del paziente in sala operatoria, l'infermiere dovrà procedere alla preparazione della sala operatoria con le apparecchiature elettro-

medicali e tutti i presidi medico-chirurgici necessari per l'intervento che verrà eseguito. Si provvede alla sistemazione del paziente in posizione supina sul letto a trazione tipo "Maquet". L'arto da operare viene fissato a livello del piede con un apposito sostegno chirurgico chiamato "foot-plate" (reggi-piede), reso solidale al tavolo operatorio da una sbarra di estensione. Nella zona del cavallo del paziente viene montata la sbarra di controtrazione per collo - femore, mentre la gamba sana viene divaricata lateralmente su un poggia gamba "goepel" (vedi foto).

## Il ruolo dell'equipe infermieristica nella fase preoperatoria:

L'equipe infermieristica ha la responsabilità di preparare il paziente all'intervento non solo dal punto di vista propriamente tecnico, ma anche e soprattutto psicologicamente. Nervosismo, sentimenti di ansia e di preoccupazione, vanno gestiti attraverso:

un'adeguata informazione che aiuti a chiarire dubbi ed incertezze che il "non sapere" comporta.

utilizzo di materiale informativo (ad esempio opuscoli che illustrino in maniera semplice e chiara il tipo di intervento, le fasi, le possibili complicanze, i tempi dello stesso.)

L'optimum sarebbe dare la possibilità al paziente di familiarizzare il più possibile con il chirurgo, l'anestesista e il team infermieristico della camera operatoria ortopedica avendo come obiettivo comune e condiviso quello di ridurre il livello di ansia. Attualmente in alcune strutture ospedaliere una delle modalità di gestione dell'ansia preoperatoria consiste nell'accompagnare il paziente in sala operatoria il giorno precedente l'intervento chirurgico.

Un'altra iniziativa interessante potrebbe essere, ad esempio, quella di mettere a disposizione filmati, dotati di commento audio e musicale, che presentino i locali della camera operatoria ortopedica e che vanno trasmessi in apposite sale-proiezione prima di ogni intervento per ridurre lo stato d'ansia del paziente e dei propri familiari. L'utilizzo di tutte queste metodiche riduce il livello di stress e l'uso di alti dosi di ane-

stetico sia a livello locale che generale. Niente va improvvisato, ogni iniziativa deve essere standardizzata secondo protocolli procedurali ben definiti, conosciuti e condivisi da tutto il team infermieristico che riveste, in queste circostanze, *un ruolo chiave*. Una strategia di intervento ben delineata, l'aggiornamento costante, la professionalità, la competenza, l'esperienza e non ultimo la sintonia dell'equipe ottimizzano la gestione assistenziale dei pazienti in termini qualitativi, economici e psicologici.



## ATTIVITÀ INFERMIERISTICA INTRAOPERATORIA

### **Infermiere strumentista:**

Preparazione di set di teleria sterili, in Goretex, pronti all'uso.

Preparazione dello strumentario generico e specifico attraverso l'utilizzo di set chirurgici monopaziente. Si tratta di singoli kit personalizzati contenenti i ferri necessari per ogni tipo di intervento.

Preparazione del campo sterile.

Controllo e mantenimento della sterilità.

Collaborazione e supporto all'equipe chirurgica.

### **Infermiere di sala operatoria:**

Supporto psico-fisico al paziente.

Monitoraggio dei parametri vitali.

Collaborazione con l'anestesista e con l'equipe operatoria.

**Il ruolo dell'equipe infermieristica nella fase intraoperatoria:** Il ruolo dell'infermiera strumentista è fondamentale perché oltre a collaborare con il chirurgo, deve garantire i massimi livelli standard di sterilità facendo rispettare scrupolosamente tutte quelle

norme di asepsi che riducano al minimo la possibilità di infezioni intraoperatorie. Durante questo tipo di intervento che si esegue quasi sempre in anestesia loco-regionale l'infermiere ricopre un ruolo centrale nell'informazione: vanno descritti tutti gli atti operatori attraverso un linguaggio comprensibile e rassicurante. È importante ricordare che siamo noi infermieri che ci "adequiamo" al paziente e non viceversa.

## ATTIVITÀ INFERMIERISTICA POSTOPERATORIA

Medicazione.

Trasporto del paziente in sala risveglio. Collaborazione con l'anestesista, monitoraggio dei parametri vitali e controllo delle possibili complicanze nel post-operatorio.

Assicurare il rientro del paziente nella propria unità operativa.

**Il ruolo dell'equipe infermieristica nella fase postoperatoria:** Oltre a tutti i controlli sopra citati anche in questa fase la parola chiave che migliora gli standard qualitativi dell'assistenza e che fa la differenza è senza ombra di dubbio **l'informazione-comunicazione**.

Ad esempio subito dopo l'intervento possono comparire complicanze molto

frequenti come capogiri, brividi, prurito, dolore alla schiena e alle articolazioni per la prolungata posizione sul letto operatorio, nausea, vomito dovuti agli effetti di determinate procedure anestesio-logiche e all'utilizzo di alcuni farmaci. Spiegare al paziente che questi sono fenomeni comuni e risolvibili, sicuramente, lo tranquillizzano riducendo l'ansia nel postoperatorio ed il corrispettivo dolore. I risultati di numerosi studi hanno indicato che un trattamento analgesico adeguato non migliora da solo l'outcome complessivo del paziente, è essenziale un approccio multidisciplinare e multimodale da parte di tutto lo staff medico ed infermieristico.

## COMPLICANZE

Le possibili complicanze sono le stesse che si riscontrano nell'intervento tradizionale, ma con un'incidenza molto ridotta.

## CONCLUSIONI

**Muoversi** è un'attività essenziale alla vita, il linguaggio del corpo consente e

facilita la comunicazione, la relazione con gli altri e con l'ambiente circostante. Sicuramente in caso di frattura tutto ciò viene a mancare perché si compromette l'equilibrio bio-psico-so-ciale.

Il miglioramento delle tecniche chirurgiche mininvasive e anestesio-logiche (anestesia loco-regionale) ha determinato un beneficio per i pazienti, che possono essere dimessi in tempi brevi con una conseguente riduzione dei costi sanitari.

L'approccio psicologico degli utenti ad un ridotto periodo di degenza, nonché ad un immediato ritorno alle proprie abitudini di vita ha modificato l'atteggiamento diffidente degli stessi nei confronti dell'intervento.

## AUTORI

*Infermiere Paolo De Silvestri*

*A.F.D. Paolo Pompei*

*Infermiera Silvia Sferrazza (studentessa del corso di laurea specialistica in Scienze Infermieristiche clo Università di Tor Vergata Roma)*

*Camera Operatoria Ortopedica*

*Az. Osp. "San Giovanni- Addolorata".*

# bibliografia

1. Enzo Denaro, Maria Matarese, Ausilia Pulimeno, Gennaro Rocco: "I Workshop di Nursing Ortopedico e traumatologico", Centro Stampa Casalotti, Marzo 1999.
2. Mario Rinaldi, Ida Monica Tocci, Michele Storino: "Aspetti Assistenziali al paziente sottoposto a chirurgia artroscopica in regime di day surgery", *Infermiere Oggi* N. 4, Ottobre-Dicembre 2004, pp.3-9.
3. Stiletto R. Schadel - Hopfner M., Schnabel M. The dilatation technique with the novel trocar system for minimally invasive implantation of intramedullary nails at the proximal femur. *Unfallchirurg* 2000; 103:511-4.
4. Stiletto R.J., Baacke M. A minimally invasive technique of intramedullary femoral nailing using the RDS system. A new technique for insertion of retrograde femoral nail. *Unfallchirurg* 2001;104:727-32.
5. Tangari M., Minniti U, Pisano L., Di Segni F. Tecnica mini-invasiva nell'inchiodamento endomidollare del femore. *Lo Scalpello* 2002, vol.XVI fasc. 2-3 pag. 123-124.
6. Tangari M., Disegni F., Larosa F. e Caporale M. F. Originali tecniche mininvasive in traumatologia. Timeo editore, Bologna, prossima pubblicazione.
7. Waldron VD. Selecting the incision for percutaneous hip pinning. *Am J Orthop* 1998;27:59,62-3.
8. "La chirurgia mininvasiva" disponibile presso [www.miniopen.net](http://www.miniopen.net), Accesso 08/05/2005.
9. "Percutaneous Nailing System" disponibile presso [www.miniopen.net](http://www.miniopen.net), Accesso 08/05/2005.

---

# Analgo-sedazione in Terapia Intensiva Post-Chirurgica: gestione infermieristica del dolore acuto

---

*di Barbara Anzellotti e Viviana Cacciatori*

## INTRODUZIONE

**L**a morte rappresenta la sfida più difficile e radicale per ogni essere umano e affrontarla, come problema, non è mai stato facile, né per l'individuo, né per la società, né per la medicina. Le problematiche della morte riguardo molto da vicino la professione infermieristica poiché un buon numero degli assistiti ha la morte come prossimo e rinunciabile destino. A questi pazienti va garantita la possibilità di vivere l'ultimo periodo delle loro esistenze, e di morire con la dignità di uomini.

Il malato oncologico grave terminale è quel paziente affetto da patologia tumorale cronica inguaribile, la cui sopravvivenza può variare da poche settimane ad alcuni mesi e per il quale il trattamento di cura della malattia è diventato inadeguato. Per questo paziente molto si può e si deve fare e sul piano dell'assistenza, della palliazione e dell'accompagnamento alla morte. La malattia tumorale in fase terminale, coinvolge il paziente e la sua famiglia in tutti gli aspetti fisici, psichici, umani e spirituali proprio perché la malattia colpisce paziente e famiglia in modo globale, è necessaria da parte dell'equipe assistenziale una presa in carico solistica "dell'unità sofferente" (malato e familiari?). E' chiaro infatti che in presenza di un malato oncologico grave anche la famiglia si ammala e "si avvita" su se stessa. Se l'unità sofferente non viene aiutata, a livello pratico e soprattutto psicologico, è difficile uscire da un processo

che aumenta a dismisura il livello di sofferenza non solo del malato e del familiare di riferimento, ma anche di tutti coloro che gli sono vicini, perché il malato riceve forza, o sconforto, o angoscia, o rabbia dai rapporti che ha con i suoi familiari. Dobbiamo però considerare la centralità del malato inserita in un rapporto di circolarità e trasversalità non solo con i suoi familiari, ma anche con tutti coloro che decidono di seguirlo nel difficile "tunnel della malattia".

## "LA DIGNITA' DEL MORENTE"

Una volta definito chi può essere considerato un malato terminale è importante distinguere la morte come ultimo atto di vita, dal processo del morire.

Tale periodo è importantissimo e dovrebbe rappresentare il tempo in cui il paziente si prepara a compiere il suo ultimo atto di vita. E' il tempo del perdono e della riconciliazione, è il momento giusto per non lasciare "cose non dette", ma lasciare una "eredità spirituale" che rappresenta l'insegnamento che il morente lascia a propri cari su come avvicinarsi al traguardo finale della vita.

In questo periodo, spesso il paziente vive in una realtà significativa rappresentata dal dolore totale che esprime una sofferenza unica e riguarda la sfera: fisica, psichica, sociale e spirituale: dolore che diventa una barriera e mura il paziente in se stesso, chiudendolo in una solitudine che lo porta lontano dagli sguardi pietosi-

si degli altri e dai discorsi inutili ma nello stesso tempo accresce le molte paure. La paura di essere abbandonato, di dipendere dagli altri, di non riuscire a trovare un senso a tutto ciò che gli sta accadendo: un senso che gli permetta di affrontare le molte perdite che dovrà subire. Se non affronterà queste paure, si avvierà verso la strada dell'angoscia e della disperazione che lo porterà a domandarsi: a che scopo continuare a vivere? L'uomo nel corso del tempo si è sempre più distaccato dal rapporto con la morte fino a negarla e a rimuoverla considerandola un tabù.

Ciò ha condotto ad atteggiamenti negativi dal punto di vista sociale, professionale, familiare e del paziente che portano a non sapere più come gestire questo inevitabile momento. Il malato vive la malattia grave passando attraverso alcune fasi: negazione, collera, atteggiamento, depressione, accettazione.

Questa sequenza non è obbligatoria e non è immutabile, infatti, molti pazienti passano da uno stadio a quello precedente o vivono anche due o più fasi nello stesso tempo. Il susseguirsi delle fasi è stato studiato dalla psichiatria Kubler-Ross ed è frutto della sua esperienza di lavoro nell'accompagnamento alla morte. Conoscere la possibili fasi del "morire" consente di comprendere gli stati emotivi del morente, adeguandosi ai suoi bisogni psicofisici. Per accompagnarlo ad una morte dignitosa è necessario rispettare le regole etiche enunciate nella Carta dei Diritti dei Morenti che insieme al Codice Deontologico, permettono all'infermiere di tradurre in comportamenti in rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo.

### **“L'INFERMIERE ACCANTO ALLA SOFFERENZA E ALLA MORTE”**

L'assistenza al morente e l'accompagnamento alla morte fanno parte dei compiti dell'infermiere, così come afferma il codice deontologica "infermiere assiste la persona fino al termine della vita, aiutandola sopportare la sofferenza ed affrontare l'idea della morte".

L'accompagnamento del morente consiste nello stare accanto al malto, per

sostenerlo in un percorso di consapevolezza ed accettazione della morte lasciandolo libero di scegliere come trascorrere il suo ultimo tempo di vita. Di fronte ad un malato in fase avanzata ed ormai prossimo alla morte si tende spesso a fuggire creandogli intorno un vuoto, affettivo, emotivo, relazionale proprio nel momento in cui ha più bisogno dell'altro. Tutto ciò è dovuto alla convinzione che non ci sia più nulla da dire, oppure alla paura di vedere nel morente la proiezione della propria morte o della morte dei propri cari dovuta alla difficoltà di lasciare andare gli affetti pensando che tutto resterà immutato. Spesso nei confronti di questi pazienti, a volte anche inconsapevolmente, si tende a creare una barriera di protezione offrendo un'assistenza soprattutto tecnica, che dia sollievo ai problemi fisiopatologici trascurando il disagio psichico, con atteggiamenti di freddezza, fretteosità, evasività, o conflittualità delle risposte. Morire in pace è un diritto di ogni uomo, e per poterlo fare è necessario che il malato sappia gradualmente che cosa dovrà affrontare, che non sarà solo in questo percorso, e che avrà intorno a sé un clima di serenità ed accettazione. Per poter rendere possibile tutto ciò, è necessario che gli infermieri che sono a contatto tutti i giorni con la sofferenza e la morte, diano un senso a ciò che accade. Per poterlo fare devono aver compiuto un cammino che li ha portati a superare la paura della morte dandogli un senso ed un valore per non considerarla più come un fallimento della medicina, rendendoli consapevoli delle proprie difficoltà in modo da riuscire ad affrontarle e superarle, entrando in relazione con il morente per creare un rapporto di scambio reciproco. In questo modo si vedrà "l'altro" non più come un morente ma come una persona unica ed irripetibile, e si riuscirà ad instaurare una relazione di aiuto autentica senza rimanerne soffocati.

Accompagnare richiede anche la capacità di trovare una giusta distanza che non permetta di confondersi nell'altro, nell'accettare le nostre emozioni nel prenderci cura di noi stessi. Come riuscire a fare tutto ciò? Attraverso la formazione

continua ed attraverso un valido lavoro di equipe che, uniti ad una predisposizione personale ed ad un particolare amore per questo tipo di lavoro, permettono all'infermiere che opera costante accanto alla sofferenza ed alla morte di instaurare una valida relazione di aiuto che sappia rispondere ai bisogni di tutta " l'unità sofferente", senza rimanerne soffocati. Situazione tipica delle professioni d'aiuto è la " Sindrome del Burnout" che porta l'operatore verso un'autodistruzione fino a non essere più in grado di svolgere il proprio lavoro. Per scongiurare questo pericolo è necessario mettere in atto una serie di interventi quali: gruppi di sostegno con riunioni periodiche, dialogo con psicologi, limitazione dei turni, gratificazioni professionali. Quando si è al termine della vita ciò che ci fa sentire ancora vivi è la possibilità di amare e di essere amati che si esprime attraverso la comunicazione. Questa rappresenta per il malato terminale la possibilità di esprimere timori, paure, difficoltà.

Comunicare significa instaurare una relazione che rappresenta un momento educativo e formativo per l'operatore, ed un importante momento terapeutico per il paziente.

Comunichiamo con le parole, con il silenzio, con la postura, con lo sguardo, con la voce, con i gesti, con il contatto fisico. Questi sono tutti elementi in grado di dare voce ai nostri stati emotivi. La comunicazione ci permetterà di instaurare una valida relazione di aiuto solo se saremo in grado di creare un rapporto empatico che ci permetta di entrare nell'altro, di percepire i suoi sentimenti e le sue emozioni e di capirne il significato senza rimanerne soffocati. Per far ciò è necessario che alla base della relazione ci sia fiducia, coerenza, sincerità, correttezza. Solo in questo modo saremo dei professionisti completi, che

riusciranno a mantenere in giusto equilibrio il " saper fare ", il " saper essere " e soprattutto il " saper divenire ", poiché ogni esperienza è unica ed irripetibile e rappresenta per tutti noi fonte di arricchimenti reciproco e continuo.

## **"L'UMANIZZAZIONE DELLA MEDICINA"**

E' necessario fare una distinzione fondamentale che fa capire come il malato terminale si un malato inguaribile, poiché i mezzi e le conoscenze mediche non sono più in gradi di combattere la malattia, ma non è certo un malato incurabile, poiché molto si può e si deve ancora fare per garantirgli una qualità di vita accettabile. In questa ottica si è passati da una medicina che si pone come obiettivo il " guarire " ad una medicina che ha come obiettivo il " curare". Questo nuovo orientamento clinico prende il nome di "medicina palliativa", che come un mantello "pallium" avvolge la famiglia, con l'obiettivo di migliorarne le condizioni psicosociali, e il mala-



to, con una serie di attenzioni specifiche affinché siano conservate al massimo le sue potenzialità attraverso il controllo di tutti i disagi, i dolori ed ogni altro sintomo fastidioso possibile, pur nell'evitabile progressione della malattia e nell'avvicinarsi della morte.

L'obiettivo di migliorare la qualità di vita dell'unità sofferente porta l'equipe di assistenza ad aprirsi a nuove discipline che consentano ciò rappresentate dalle terapie complementari che sono cure solistiche e naturali che unite alla medicina tradizionale, creano una "medicina unica" che cura la persona nella sua interezza di psiche e soma. Esse agiscono sugli squilibri organici, relazionali, essenziali creati dalla malattia, attraverso il riequilibrio dell'energia.

Le terapie complementari ben si inseriscono nella cultura infermieristica, perché anche essa ha l'uomo, nella sua totalità, al centro del piano di cura e per questo a pieno diritto possono far parte del piano di assistenza globale.

Florence Nightingale che identifica nell'uomo stesso i poteri vitali di recupero nei confronti della malattia. La riuscita del nursing consiste nel creare le condizioni affinché la natura possa agire sull'individuo. L'OMS ha riconosciuto in un rapporto tecnico del 1996 che queste terapie migliorano la qualità di vita e che gli infermieri sono stati innovatori nel loro utilizzo. In sintonia con l'OMS la Federazione Nazionale dei Collegi IPASUV ha individuato quali sono le terapie complementari che possono essere praticate dagli infermieri (riflessologia, massaggio sensoriale, aroma terapia, visualizzazione, training autogeno) ed ha emanato una dichiarazione nella quale ha evidenziato l'importanza dell'evidenza scientifica e della ricerca e di formazione specifica e continua degli operatori.

La Federazione ritiene altresì che le cure complementari possano essere parte integrate del piano assistenziale e che debbano essere praticate secondo linee e protocolli emanati dalla Federazione stessa.

La qualità di vita del morente riguarda anche i luoghi dove egli può trascorrere il suo ultimo periodo di vita. L'ospedale è il luogo meno idoneo poiché è più orientato a guarire che a " prendersi

cura". E' la casa, con l'assistenza domiciliare il luogo più idoneo poiché il morente è circondato da propri affetti, persone e cose. L'Hospice è nato per superare le difficoltà ospedaliere e domiciliari, offre un'assistenza residenziale specialistica, è organizzato per rispondere ai bisogni dell'unità sofferente, è strutturato come l'ambiente familiare. L'equipe di cure palliative ha anche il compito di educare i familiari sia a prepararsi alla perdita del proprio caro e sia ad affrontare il processo di adattamento alla perdita del proprio caro e sia ad affrontare il processo di adattamento alla perdita, rappresentato dal lutto.

## CONCLUSIONI

Concludo mettendo in luce il valore dell'essenza dell'assistenza che al morente che, per me, consiste nella capacità di entrare "in punta di piedi" in relazione profonda con l'unità sofferente, sostenendola in un percorso di consapevolezza e accettazione che consenta al malato di "morire vivendo" e non di "vivere morendo" e ai familiari di valorizzare appieno il tempo ultimo del loro caro e di affrontare poi il processo di elaborazione del lutto. Tutto ciò rappresenta per l'infermiere una straordinaria occasione di arricchimento umano e professionale.

## AUTORI

*Barbara Anzellotti  
Viviana Cacciatori*



---

# La Sids: fattori di rischio, prevenzione e prospettive future

---

di Gianluca Cruciani

## LA SIDS

**L**a SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) è la morte improvvisa e inaspettata di un lattante sotto l'anno di vita, senza cause apparenti e accertate. Colpisce i bambini nel primo anno di vita con maggiore incidenza tra i due e i sei mesi di età. Poiché la mortalità, nel primo anno di vita, oggi si è ridotta moltissimo, la SIDS è la principale causa di morte nel primo anno di vita.

Non si conoscono i meccanismi patogenetici all'origine di questa malattia, numerose ipotesi sono al vaglio della comunità scientifica, ma si conoscono alcuni fattori di rischio per l'insorgenza della SIDS tra i quali:

- La posizione prona del neonato durante il sonno, ma anche quella sul fianco è più rischiosa di quella supina;
- Mancato allattamento materno;
- Le infezioni respiratorie: la SIDS si presenta più facilmente nei mesi invernali, quando le malattie virali sono più diffuse;
- Il fumo materno sia durante che dopo la nascita;
- Fumare nell'ambiente in cui vive il bambino: è stato calcolato che l'eliminazione completa del fumo passivo porterebbe ad una riduzione di circa un terzo delle morti per SIDS;
- Un eccesso di vestiti o coperte che coprono il bambino e una temperatura troppo alta della stanza in cui dorme.

Degno di segnalazione è uno studio che

ha messo in relazione un particolare aspetto dell'elettrocardiogramma, il prolungamento dell'intervallo QT.

Non ci sono evidenze scientifiche invece che dormire nel lettone insieme ai genitori aumenti il rischio di insorgenza.

L'eliminazione dei fattori di rischio ottenute in seguito a campagne di prevenzione eseguite su larga scala in alcuni paesi (Australia, Nuova Zelanda, Inghilterra, Usa e Francia) ha permesso di dimezzare la mortalità per SIDS. Le raccomandazioni che riguardano la posizione supina provengono da studi rigorosi, condotti nei paesi già citati, che hanno dimostrato una diminuzione molto importante delle morti per SIDS dopo la diffusione della pratica di porre i propri bambini a pancia in su durante il sonno.

In Italia l'epidemiologia della SIDS è poco conosciuta, anche a causa della rarità di esecuzione dell'esame autopsico.

La SIDS rappresenta, nei Paesi industrializzati, la prima causa di morte nell'età compresa tra 1 e 12 mesi, con un rapporto femmine/maschi di 1:1,6. L'80% dei decessi si verifica nei primi cinque mesi di vita con un picco di massima incidenza tra il secondo ed il quarto; complessivamente la SIDS è responsabile del 40% delle morti nel periodo postneonatale. Negli USA si registra un'incidenza pari a circa l'1,5‰ fra i nati vivi, il che equivale a oltre 6000 morti l'anno. In Germania, nei Paesi dell'Europa Centrale ed in Inghilterra, l'incidenza è in genere sovrapponibile a

quella statunitense. L'Italia e la Grecia sono gli unici Paesi Europei dei quali non si conosce l'incidenza nazionale di SIDS. Nel nostro Paese esistono solo dati epidemiologici parziali, relativi a singole realtà regionali (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana) frutto per lo più di indagini retrospettive condotte sui registri di morte e quasi sempre non confortate da riscontri autoptici rigorosi. Se tali risultati fossero reali ed estensibili alle altre realtà regionali, l'Italia rientrerebbe nelle aree a bassissima incidenza di SIDS, essendo gravata da una mortalità dello 0,6‰. È altresì scarsa però anche la conoscenza e soprattutto la prevenzione dei fattori di rischio dei neo genitori, che non hanno una sufficiente informazione da parte del personale sanitario. Lo dimostra l'indagine epidemiologica dell'Agenzia regionale di sanità effettuata su un campione di 1266 genitori. Quaranta genitori su cento, infatti, adagiano il neonato in una posizione non corretta quando li mettono a dormire. Fra questi, il 38% pone il bambino su un fianco, mentre il 6% addirittura in posizione prona. Se la prima posizione aumenta il rischio Sids di tre volte, la seconda addirittura di dieci.<sup>1</sup> Anche per il fumo è necessario correggere le abitudini: più del 12% dei bambini sono esposti al fumo durante la gravidanza, con tutti i rischi per il nascituro che questo comporta. Per fortuna è ormai diffusa l'abitudine dei genitori a non coprire troppo i bambini, né di farlo riposare in ambienti troppo caldi.

## ETIOPATOGENESI ED ANATOMIA PATOLOGICA

Il modello etiopatogenetico attualmente più accreditato attribuisce ad un'alterazione troncoencefalica il deficit di base presente nei bambini vittime di SIDS. Il "rischio biologico", espressione di tale lesione, si tradurrebbe nella compromissione delle numerose funzioni vitali (pattern respira-

torio, termoregolazione, ritmi circadiani, ritmo sonno-veglia, "arousal") che soggiacciono al controllo di tale struttura nervosa. L'impatto tra i fattori di rischio biologici e quelli epidemiologici (ad esempio la posizione prona durante il sonno) potrebbe comportare l'insorgenza di fenomeni di ipossia cronica e/o bradicardia durante il sonno, fino a scatenare una SIDS. A supporto di tali ipotesi esistono sia reperti autoptici indicativi di lesioni ipossiche croniche a carico del tronco dell'encefalo (aree di astrogliosi e di demielinizzazione), che alterazioni di natura ipoplasica dei nuclei arcuati, strutture che svolgono un ruolo cruciale nel controllo dell'attività respiratoria durante il sonno nei primi mesi di vita. Il riscontro di elevate concentrazioni di ipoxantina, metabolita che si accumula in condizioni di ipossia cronica, nelle urine e nell'umor vitreo dei bambini deceduti per SIDS, costituisce un ulteriore indizio a sostegno di questa ipotesi patogenetica.

## PREVENZIONE

L'individuazione di quattro fattori di rischio fortemente correlati alla SIDS (posizione prona durante il sonno, ipertermia ambientale, fumo di sigaretta sia durante che dopo la gravidanza e allattamento artificiale) ha indotto alcuni Paesi (Nuova Zelanda, Australia, Inghilterra, Olanda, Francia, USA) ad effettuare campagne di prevenzione su larga scala che hanno portato ad una riduzione della mortalità di circa il 40%.

La posizione prona durante il sonno è fortemente correlata ad un aumentato rischio di SIDS e potrebbe favorire il decesso per soffocamento o, più verosimilmente, per rirespirazione della CO<sub>2</sub> (rebreathing). Al consiglio posturale di "dormire sul dorso" bisogna sempre associare l'indicazione di mantenere il bambino, da sveglia, in posizione prona per favorirne il normale sviluppo motorio ed evitare la possibile comparsa di fenomeni di plagiocefalia non malformativa.

L'ipertermia ambientale potrebbe indurre una transitoria disattivazione dei chemocettori bulbari responsabili del

<sup>1</sup> Fonte Azienda Ospedaliera Meyer di Firenze - 27 Aprile 2004

controllo respiratorio o determinare una condizione fisiopatologica simile al "colpo di calore". E' ipotizzabile che, analogamente a quanto avviene nei modelli animali, anche temperature non elevate in assoluto, possano essere pericolose in questa particolare fase di sviluppo del lattante. Il dato anamnestico di profuse sudorazioni che precedono alcuni casi di SIDS potrebbe rafforzare questa ipotesi, anche se non si può escludere che tale sintomo sia espressione di una ipercapnia.

Il fumo di sigaretta sia durante che dopo la gravidanza si è rivelato un fattore di rischio indipendente, la cui eliminazione potrebbe portare ad una riduzione di circa il 30% delle morti per SIDS. I figli di donne fumatrici, oltre al ben noto ritardo di crescita intrauterino, che di per sé esporrebbe ad un aumentato rischio di SIDS, presentano un maggior numero di apnee ostruttive durante il sonno ed una ridotta capacità di risvegliarsi in risposta all'ipossia. Nei bambini esposti al fumo di sigaretta e deceduti per SIDS sono stati inoltre ritrovati a livello pericardico elevate concentrazioni di cotinina, metabolita tossico della nicotina.

Va infine ricordato che nelle campagne di prevenzione della SIDS è stato fortemente incentivato l'allattamento al seno, la cui importanza come fattore di prevenzione è dimostrata dall'ampia casistica del "New Zealand Cot Death Study" (1993).

## OBIETTIVI

Come affermato nel documento OMS del 1998 "Salute 21" nel terzo obiettivo, un buon inizio della vita richiede il sostegno dei genitori e dei bambini. Occorre perciò implementare politiche che creino famiglie favorevoli, bambini desiderati e buone capacità parentali. I genitori necessitano di mezzi e competenze per allevare i propri bambini e prendersene cura in un ambiente sociale che protegga i diritti del bambino e le comunità locali devono sostenere le famiglie assicurando un ambiente di crescita sicuro e strutture che promuovano la salute e la cura dei bambini. Il personale dei servizi sanitari e sociali necessita di formazione per promuovere la salute dell'infanzia. La mor-

talità infantile andrebbe ridotta al di sotto dei 10 casi per 1000.

Ecco dunque la lista delle cose che si potrebbero (e dovrebbero) fare:

1. Da subito: avviare campagne idonee sugli interventi di prevenzione (posizione nel sonno, fumo in gravidanza e dopo il parto eccetera) attraverso opuscoli illustrativi sulle strutture disponibili (consultori familiari) con indicazione del referente per ogni Azienda Sanitaria, da distribuire al momento del matrimonio a tutte le coppie a cura dei Comuni e al momento della diagnosi di gravidanza a cura dei ginecologi incentivando la partecipazione ai corsi di preparazione al parto.
2. Istituire un registro nazionale delle morti improvvise per tutta l'età pediatrica in collaborazione con le Aziende Sanitarie Regionali e Nazionali
3. Rendere obbligatorio l'esame autotico eseguito a regola d'arte in tutti i casi di morte improvvisa infantile.
4. Attuare una revisione sistematica della letteratura su epidemiologia, cause, fattori di rischio della SIDS, (evidence based prevention) e in particolare su SIDS ed ecg.
5. Organizzare l'aggiornamento continuo dei pediatri e dei medici di base degli infermieri delle ostetriche sulla morte improvvisa in età infantile sia negli ospedali, sia sui servizi territoriali in relazione alle conoscenze scientifiche del momento.
6. Fare idonea ricerca multivariata sul peso dei singoli fattori di rischio di SIDS e sulle possibilità terapeutiche (RCT?)
7. Eseguire un'analisi di fattibilità dell'organizzazione di un eventuale programma di screening, d'informazione e un'analisi economica adeguata.

## CONCLUSIONI

Il successo delle campagne di prevenzione basate sull'eliminazione dei quattro fattori di rischio finora individuati, rappresenta il dato più eclatante nella lotta alla SIDS; questo però non deve far calare la tensione e l'interesse scientifico per i numerosi interrogativi

che tuttora solleva la Sindrome della Morte Improvvisa del Lattante, ma soprattutto bisogna far sì che tutti i neogenitori siano al corrente di questa patologia, essendo in grado così di mettere in atto tutti i criteri di prevenzione che al momento sono l'unico strumento che abbiamo in mano per prevenire la morte improvvisa del neonato

L'individuazione di ulteriori categorie di bambini a rischio e la precisazione dei rapporti esistenti tra i vari fattori di rischio e SIDS ci sembrano gli obiettivi prioritari della ricerca nei prossimi anni. L'infermiere ha il dovere deontologico di

dover migliorare, con professionalità e competenza, l'intero sistema sapendo proporre delle soluzioni che siano innovative e sappiano rispondere alle nuove richieste che verranno nell'assistenza e nella prevenzione sapendosi mettere in discussione volta per volta.

## AUTORI

*Gianluca Cruciani*  
*Infermiere Dipartimento Emergenza*  
*Accettazione Asl Roma B*  
*Ospedale Sandro Pertini*

# bibliografia

Ariagno Ronald L, Mirmiram Majid. Back to sleep preterm infants to reduce the risk of Sids. *Neoreviews* Vol.4 No 11 November 2003

Bozzetti R. Ronfani L. Evidenze sulla SIDS. *Medico e bambino* 2000; 4: 223-236  
*Health 21 (Health for all in the 21<sup>st</sup> century)* OMS 1998

Ministero della sanità - Comunicato stampa n° 237: Elettrocardiogramma gratis nel primo mese di vita. 11-10-2000.

Rasinski KA, Kuby A, Bzdusek SA, Silvestri JM, Weese-Mayer DE. Effects of a sudden infant death syndrome risk reduction education program on risk factor compliance and information sources in primarily black urban communities. *Pediatrics*, 2003, Apr; 111(4pt1):e347-54.

Schwartz P.J. et al. Genotype-phenotype correlation in the long QT syndrome. Gene-specific triggers for life-threatening arrhythmias. *Circulation* 2001; 103: 89-95.

Schwartz P.J. et al. Prolongation of the QT interval and the sudden infant death syndrome. *New Engl.J.Med.* 1998; 338: 1709-1714.

Schwartz P.J. et al. A molecular link between the sudden infant death syndrome and the long QT syndrome. *New Engl.J. Med.* 2000; 343: 262-267.

Schwartz P.J. et al. Molecular diagnosis in

victims of sudden infant death syndrome. Medical and legal implications. *Lancet* .

Schwartz P.J. QT prolongation and sudden infant death syndrome - from theory to evidence. In: *Sudden infant death syndrome - problems, progress and possibilities* (H. Krous, R. Byard, eds.) Arnold, Londra, 2001; 83-95.

Towbin J.A. Ackerman M.J.J. Cardiac sodium channel gene mutations and sudden infant death syndrome: confirmation of proof of concept? *Circulation* 2001; 104: 1092-1093.

Zupancic J.A. et al. Cost-effectiveness and implications of newborn screening for prolongation of QT interval for the prevention of sudden infant death syndrome. *J.Pediatr.* 2000;

## SITOGRAFIA

[www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov) accesso del 06 Giugno 2005

[www.ospedalebambinogesù.it](http://www.ospedalebambinogesù.it) accesso del 06 Giugno 2005

[www.ipasvi.roma.it](http://www.ipasvi.roma.it) accesso del 05 giugno 2005.

[www.mcnjournal.com](http://www.mcnjournal.com) accesso del 07 Giugno 2005

[www.iss.it](http://www.iss.it) sito dell'Istituto superiore di Sanità accesso il 09 Giugno 2005.

---

# Nuovi strumenti nella lotta all'ipertrofia prostatica benigna: le alternative alla TURP

---

*di Mauro Morroto*

**U**na volta stabilita la diagnosi di IPB, le soluzioni terapeutiche dipendono oltre che dalle condizioni e dalla volontà del paziente, anche dalle conoscenze comunemente accettate alla luce dell'esperienza clinica: attualmente disponibili sono la terapia medica e quella chirurgica. Sulla scorta di queste considerazioni, si intuisce come la strategia terapeutica dell'ipertrofia prostatica vada orientata verso soluzioni alternative, che consentano una riduzione della spesa ed, al tempo stesso, rimedi terapeutici efficaci e duraturi. Il trattamento chirurgico o strumentale dell'IPB dovrebbe avere massima efficacia e durata nel tempo, minimo tasso di complicazioni e minor invasività possibile. Il trattamento chirurgico è necessario allorchè quello medico si riveli inefficace o comunque mal tollerato e l'entità dei disturbi minzionali sia tale da guastare la qualità di vita del paziente. Inoltre l'intervento per IPB, in qualunque modo si effettui, avrà come obiettivo primario la rimozione o riduzione di volume della parte centrale della ghiandola prostatica, pertanto non previene un'eventuale successiva insorgenza di carcinoma, che ha invece origine dalla parte più periferica della ghiandola, comunque risparmiato.

## **TERAPIA FARMACOLOGICA**

Mentre qualche decina di anni fa le alternative all'ipertrofia prostatica erano pressochè chirurgiche, oggi si sono affacciate

nei centri specializzati nuove metodiche e nuove possibilità farmacologiche che possono ridurre (se non definitivamente) l'ispessimento ghiandolare. La terapia farmacologica viene instaurata nelle fasi iniziali della malattia o in preparazione dell'intervento chirurgico: non ha finalità radicali, cioè risolutive, anche se può essere in grado di migliorare la sintomatologia urinaria. Abbiamo oggi in commercio farmaci che riducono drasticamente il volume prostatico ed altri che agiscono sulla componente funzionale dell'IPB. Tra questi i farmaci alfa-bloccanti (es. terazosina, finasteride) che agiscono sul rilassamento delle fibre muscolari dell'uretra e della prostata favorendo, così la riduzione della resistenza al passaggio dell'urina. La Terazosina ed il Finasteride si presentano come una valida alternativa all'intervento chirurgico, nei casi in cui l'ipertrofia provoca un'ostruzione moderata. Nella maggioranza dei pz trattati la cura ha ridotto significativamente la sintomatologia della malattia, producendo un progressivo miglioramento del flusso urinario. Tra i pregi di questi farmaci, inoltre, vi sono quelli di poter essere somministrati con una monodose giornaliera e quelli di poter influire positivamente sulla pressione arteriosa, anche perchè circa la metà degli uomini sofferenti della patologia sono ipertesi. Con l'avvento del PSA da un lato ed il crescente impegno di terapie mediche e/o di tecniche endoscopiche disostruttive che non forniscono materiale per esame istologico (TUIP, TUVF, TUNA, LASER, Stent) si

sta assistendo ad un crollo del ruolo della TURP nella diagnosi di IPB e di carcinoma prostatico; ciò è verificato da vari confronti tra gli anni attuali e quelli fino al 1988. Ciò sembrerebbe aumentare il rischio di mancata o tardiva diagnosi in una percentuale non trascurabile della popolazione. L'eccessivo numero di resezioni transuretrali della prostata ha indotto alcune Aziende Sanitarie a prendere provvedimenti per ridurre il carico economico che questi interventi comportano. Tali aspetti finanziari, unitamente all'invasività, sia pure minima, ha indotto a valutare criticamente la TURP, rivolgendo l'attenzione verso alternative meno invasive e meno costose. Sono così comparse metodiche di disostruzione con laser, di dilatazione con palloncino, a microonde, stent endoprotetici e termoterapia, anche se nessuna di queste modalità ha raggiunto finora gli standard delle TURP.

## LASER-T.U.R.

Attualmente le tecniche laser sono considerate indicate in presenza di iperplasie prostatiche comprese fra 25 e 50 gr., mentre sono poco raccomandate per volumi superiori. Il trattamento laser dell'iperplasia prostatica avviene previa introduzione, per via uretrale, di uno strumento (resettoscopio) attraverso il quale si introduce una sonda laser che sarà a secondo del tipo di laser-terapia impiegata. L'energia laser può essere liberata secondo diverse tecniche, ognuna delle quali ottiene risultati ed effetti differenti. Attualmente i trattamenti laser vengono classificati in:

- energia liberata sotto forma di raggio che colpisce la prostata ( VLAP o "Side Firing")
- energia liberata con fibra a contatto della prostata (Laser a contatto - CLAP)
- energia liberata con fibra inserita all'interno della prostata (ILC)
- resezione o enucleoresezione transuretrale di iperplasia prostatica mediante laser ad Olmio o a Diodi (Laser-TUR).

Nel caso di VLAP e di ILC l'applicazione dell'energia laser fa sviluppare calore al-

l'interno della prostata con conseguente necrosi e distruzione delle zone circoscritte di tessuto prostatico. Con la CLAP si sviluppano delle temperature altissime che portano alla vaporizzazione immediata del tessuto prostatico. Con la Laser-TUR si asportano frammenti di iperplasia prostatica che poi, dopo ulteriore frammentazione endovescicale, vengono estratti attraverso il resettoscopio. Tutte le procedure laser possono essere eseguite in anestesia locale, loco-regionale o generale, ad esclusione della laser-TUR che non può essere effettuata in locale. E' raccomandata la profilassi antibiotica. La profilassi antitrombotica è suggerita nei pazienti a rischio e, comunque nei pz da sottoporre a laser-TUR. Grazie alle fibre ottiche che corrono lungo il cistoscopia, insieme alle fibre del laser, e che inviano le immagini su un monitor e su schermo, tutti possono partecipare all'operazione. I trattamenti laser sono procedure lunghe che variano, a secondo del tipo di trattamento da 40 a 120 minuti. La VLAP, ILC e CLAP possono essere eseguite in regime di DH, Day Surgery, o ricovero ordinario con degenza media di 2/3 giorni. La laser-TUR viene eseguita in regime di ricovero ordinario con degenza media di ? giorni. Le degenze medie risultano valide in assenza di complicanze. Il paziente è dimesso con il catetere. Dopo l'intervento viene applicato un catetere transuretrale che è rimosso in media dopo:

- 1-4 settimane in caso di VLAP;
- 5-14 giorni per la ILC;
- 2-5 giorni per la CLAP;
- 2-4 giorni per la laser-TUR.

I costi risultano ancora alti, ma per un certo tipo di pz che soffrono di disturbi cardiocircolatori, di cirrosi, di epatopatie o che sono in trattamento con farmaci anticoagulanti, il laser a contatto sembra un'ottima soluzione con risultati immediati e poche complicanze. Le tecniche laser ottengono un miglioramento dei parametri obiettivi quali l'aumento della forza del getto, la riduzione del residuo post-minzionale e la riduzione dell'ostruzione, comunque statisticamente significativi, ma nettamente inferiori a quelli ottenuti con la

resezione transuretrale della prostata ad eccezione della laser-TUR i cui risultati sembrano sovrapponibili a quelli della TUR. Tra i vantaggi abbiamo una bassa percentuale di complicanze ed una terapia eseguibile nei pz ad alto rischio, con problemi emocoagulativi ed in coloro i quali non vogliono correre il rischio di emotrasfusioni. I pazienti così trattati possono tornare a casa nell'arco di uno o due giorni dall'operazione e riprendere la loro vita normale; chi era potente prima, dal punto di vista sessuale, lo continuerà ad esserlo anche dopo. Come avviene spesso a seguito della chirurgia disostruttiva della prostata, l'ejaculazione si modificherà sostanzialmente, spesso scomparendo, mentre rimane invariata la sensazione orgasmica. Mentre tra gli svantaggi annoveriamo una certa lunghezza nella procedura, la lunga cateterizzazione (ad esclusione della laser-TUR), una certa persistenza dei sintomi irritativi post-operatori, una discreta percentuale di ritrattamenti ed infine l'esame istologico non effettuabile (ad esclusione della laser-TUR). Per tutti coloro che verranno dimessi con il catetere a permanenza lo staff specialistico consiglierà al soggetto di eseguire ginnastica vescicale, seguendo lo stimolo minzionale.

### **T.U.N.A. (Trans Urethral Needle Ablation – Ablazione transuretrale mediante ago)**

La ablazione transuretrale ad ago della prostata mediante laser è un intervento endoscopico (non implica l'incisione esterna della cute) il cui scopo è ridurre i sintomi legati all'ostacolo determinato dalla prostata allo svuotamento della vescica.

Le indicazioni chirurgiche sono per l'IPB sintomatica ed è considerata indicata in casi selezionati. La metodica consiste nell'introduzione per via intrauretrale di uno strumento che permette di inserire nel tessuto prostatico dei piccoli aghi collegati ad un generatore di basse radiofrequenze. L'energia delle basse radiofrequenze fa sviluppare calore all'interno della prostata con conseguente necrosi e distruzione delle zone circoscritte di tessuto prostatico. Nel 95% dei casi la

procedura non necessita di anestesia generale o spinale. È eseguita in anestesia locale associata a sedazione endovenosa, a blocco prostatico o iniezione intramuscolare di analgesici.

Anche per questo intervento si raccomanda la profilassi antibiotica. Il trattamento dura in genere 30 minuti, al massimo un'ora. Il trattamento è generalmente eseguito ambulatorialmente, in Day Hospital, o in regime di ricovero ordinario. Dopo la procedura in genere non è inserito alcun catetere vescicale, ma nel 20-30% dei casi la sonda deve essere applicata nelle prime ore post-operatorie per la comparsa di ritenzione urinaria. Il catetere è mantenuto per 2-7 giorni.

La TUNA ottiene un miglioramento dei parametri obiettivi (aumento della forza del getto, riduzione del residuo post-minzionale e riduzione dell'ostruzione) nettamente inferiori a quelli ottenuti con la TURP. Le percentuali di efficacia del trattamento a lungo termine sono modeste. Infatti dopo un anno dal trattamento, la quota di ritrattamenti è pari a quella che si ha dopo otto anni dalla TUR.

Tra i vantaggi annoveriamo, la non necessità del ricovero tradizionale, non si richiede anestesia e nella maggioranza dei casi non viene richiesta la cateterizzazione. Inoltre vi è una bassa percentuale di complicanze, una terapia eseguibile anche nei pz ad alto rischio ed infine è l'unico trattamento che assicura una normale ejaculazione. Mentre tra gli svantaggi abbiamo una certa persistenza dei sintomi irritativi post-operatori, una discreta percentuale di ritrattamenti, la mancanza di una riduzione obiettiva dell'ostruzione prostatica, l'impossibilità ad eseguire un esame istologico, una lieve ematuria che può durare tra le 12 e le 48 ore ed infine la possibilità di instaurarsi di persistenti e fastidiosi disturbi urinari fino a 28 giorni dal trattamento. Anche in questi casi è raccomandata l'assunzione di terapia antibiotica ed antinfiammatoria oltre all'assunzione eventuale di analgesici. Dopo la dimissione il pz necessita di una convalescenza a casa prima di riprendere le normali attività lavorative della durata di 2-3 giorni.

## **T.U.I.P. (incisione transuretrale della prostata)**

La TUIP consiste nella semplice incisione a tutto spessore della prostata. E' un intervento endoscopico, minimamente invasivo e va riservato a prostate di volume molto piccolo, di peso < di 30 gr. senza sviluppo del lobo medio. La tecnica consiste nel praticare per via uretrale una, o più raramente due incisioni della prostata a tutto spessore senza asportare il tessuto iperplastico. La procedura è generalmente eseguita in anestesia loco-regionale o generale sebbene sia segnalata la possibilità di trattamenti in anestesia locale. Generalmente è raccomandata la profilassi antibiotica ed antitrombotica. La TUIP è l'intervento più veloce tra quelli eseguiti per il trattamento dell'IPB e la durata media è di circa 20 minuti. Dopo l'intervento viene applicato un catetere vescicale, a volte, raramente associato ad un sistema di lavaggio continuo della vescica. In assenza di complicazioni la degenza ospedaliera media è di 1-3 giorni. L'incisione transuretrale della prostata ottiene risultati obiettivi tra cui un aumento della forza del getto urinario, una riduzione del residuo post-minzionale ed una riduzione dell'ostruzione, che sono lievemente inferiori rispetto alla resezione della prostata. Lo svantaggio principale è che dopo qualche anno è spesso necessario un ulteriore trattamento, che molte volte consiste in una TURP. Inoltre rimane una tecnica non effettuabile in caso di prostate di volume medio-elevato e in caso di sviluppo del lobo medio. Con questa tecnica non è mai stata segnalata l'insorgenza della Sindrome da TURP, cioè la sindrome dovuta al riassorbimento del liquido di lavaggio che comporta confusione, nausea, vomito, disturbi nervosi ed instabilità circolatoria. Alla dimissione è suggerito un periodo di vita morigerato (ridotto stress fisico, scarsa attività sessuale e/o sportiva, regime alimentare moderato, terapia antisettica urinaria, ecc.) e l'astensione dalle normali attività lavorative per periodo variabile tra i 7 e i 21 giorni, in base alle condizioni associate ed all'estensione della resezione. Siccome la tecnica non comporta la rimozione di tessuto la convalescenza è generalmente breve. E' suggerito di evitare lunghi tragitti in macchina e l'uso di cicli e motocicli.

## **T.U.M.T. – (Trans Urethral Microwave Thermotherapy – Termoterapia transuretrale con microonde)**

Tra le alternative endoscopiche per la cura dell'IPB nuovi dispositivi ad alta tecnologia hanno affiancato le strutture specialistiche e, tra queste si segnalano i dispositivi a microonde. La termoterapia transuretrale con microonde è un trattamento il cui scopo è anch'esso di ridurre i sintomi legati all'ostacolo determinato dalla prostata allo svuotamento della vescica. Tra le indicazioni chirurgiche attualmente la termoterapia è considerata per casi selezionati di IPB. La metodica consiste prima nell'inserimento di uno speciale catetere costituito da un'antenna che libera delle microonde a livello dell'uretra prostatica e conseguentemente di una sonda che rileva la temperatura a livello rettale. L'energia delle microonde fa sviluppare calore all'interno della prostata con conseguente necrosi e distruzione delle zone circoscritte di tessuto prostatico. La procedura è eseguita in anestesia locale associata ad analgesia orale o endovenosa. E' generalmente attuata una profilassi antibiotica. Il trattamento termoterapico dura un'ora a cui vanno aggiunti circa 30 minuti di preparazione. E' in fase di sperimentazione un trattamento che libera e trasmette la stessa quantità di energia in un tempo dimezzato (30 minuti). Dopo il trattamento ad alta energia viene applicato un catetere vescicale, rimosso in media dopo 10-14 giorni. Il trattamento può essere eseguito ambulatorialmente, in Day Hospital od in regime di ricovero tradizionale. La termoterapia ottiene un miglioramento dei parametri obiettivi (aumento della forza del getto, riduzione del residuo postminzionale e riduzione dell'ostruzione, nettamente inferiori a quelli ottenuti con la resezione transuretrale. Le percentuali di efficacia del trattamento a lungo termine sono modeste. Infatti dopo un anno dal trattamento, la quota di ritrattamenti è pari a quella che si ha dopo otto anni dalla TUR. Tra i vantaggi della TUMT abbiamo un'anestesia non necessaria, una bassa percentuale di complicanze ed una terapia eseguibile nei pazienti ad alto rischio. Tra gli svantaggi, invece, si segnala una lunga catete-



rizzazione, una certa persistenza dei sintomi irritativi post-operatori, una discreta percentuale di ritrattamenti, l'impossibilità di effettuare un esame istologico ed infine la persistenza di fastidiosi disturbi urinari una volta rimosso il catetere, che possono protrarsi anche per 2-4 settimane. Dopo la dimissione il pz può tornare rapidamente al lavoro ed alle proprie attività sociali. Si consiglia un periodo di convalescenza legato alla lunghezza della cateterizzazione. Dopo la rimozione del catetere non esistono controindicazioni ad alcuna attività sportiva o sessuale.

## ALCOOLIZZAZIONE - PROSTAJECT

In via di sperimentazione, sempre negli USA, un metodo particolare di alcoolizzazione tramite dispositivo dedicato, il Prostaject. Tale sistema, mediante l'iniezione precisa e controllata di alcool puro, consente la distruzione dell'adenoma prostatico. La metodica viene praticata con una puntura ambulatorialmente in anestesia locale, con una modesta sedazione. Dopo qualche ora di osservazione il pz viene dimesso con il catetere che tiene per 5 giorni; dopo tale periodo la ripresa della minzione è immediata nell'80% dei casi, mentre la completa remissione della sintomatologia disurica si ha entro un mese. Ma l'elemento importante di questa procedura è che l'eiaculazione è conservata nel 100% dei casi. Questo tipo di alcoolizzazione rimane una valida alternativa alla TURP in casi selezionati ed all'adenomectomia chirurgica tradizionale.

## CONCLUSIONI

Anche nell'ambito di tutte queste valide alternative, persiste nel campo urologico, comunque una rilevante mancanza di casistica e di comprovate percentuali di risoluzione della patologia. Pertanto la resezione transuretrale permane, ancor oggi, nelle nostre strutture sanitarie, il metodo distruttivo più efficace e più utilizzato. L'infermiere in urologia (e tutto lo staff specialistico) sta vivendo in questi anni

esperienze diversificate riguardanti il proliferare di opzioni terapeutiche alternative che, come abbiamo visto, vanno dalle metodiche disostruttive endoscopiche all'efficacia di nuovi farmaci fino ai trattamenti con microonde. Perciò in questo campo risulterà fondamentale l'applicazione sul campo delle nuove tecnologie e del loro sviluppo, tali da influenzare positivamente anche questo settore medico, che si avvale principalmente di queste nuove armi nella lotta all'ipertrofia prostatica.

## AUTORI

*A.F.D. Mauro Morroto*

*A.U.S.L. RM/C Ospedale S. Eugenio Roma*

# bibliografia

Lettera di Urologia –  
Bimestrale Anno XIII –  
Giugno 2001

Congresso E.A.U. 2001 –  
Indagine PROBE – Dr. C.  
Roehrborn – Texas Un.

Dr A.F.De Rose - Univ. Di  
Genova – Suppl. Salute –  
La Repubblica

Vical, società biotecnologica.  
– Resp. Dr. A. Schreiber –  
Dallas Convegno A.U.A.  
2000

Prof. G. Carmignani –  
Dir. Clinica Urologica Univ.  
Genova - Suppl. Salute –  
La Repubblica

Sito internet dell'A.Ur.O. –  
[www.auro.it](http://www.auro.it)

---

## L'emergenza infermieristica diventa emergenza nazionale

# Parte il tavolo tecnico

---

di *Claudio Carola e Giorgia Allegretti*

**I**l Ministero della Salute e il Ministero dell'Università e Ricerca Scientifica hanno costituito un Tavolo Tecnico congiunto per l'esame e la formulazione di proposte sulla carenza di personale e sulla programmazione del fabbisogno.

E' quanto gli infermieri chiedevano da tempo per affrontare in modo più concreto le enormi difficoltà legate alla mancanza di personale e alle condizioni di lavoro.

In Italia operano 340 mila infermieri, quasi la metà di quelli inglesi, nettamente sotto la media europea. Solo nelle strutture sanitarie del Lazio

mancano almeno 4 mila infermieri. Neppure l'arrivo di 3 mila colleghi extracomunitari basta a garantire la copertura del turn-over, che resta sotto il 50%, con un numero annuo di laureati insufficiente.

L'emergenza infermieristica è un problema centrale della sanità e va affrontata al più presto con misure efficaci e investimenti adeguati. Confidiamo in un lavoro produttivo e rapido del Tavolo Tecnico interministeriale, al quale offriamo un contributo di conoscenza e competenza che riteniamo indispensabile: il nostro.

### in pillole

#### **SINDORME DI ANDY GUMP, GIÙ LA MASCHERA!**

Il gruppo di ricerca italo-francese coordinato dal professor Giuseppe Novelli dell'Università di Roma Tor Vergata ha individuato la causa della sindrome di Andy Gump, una malattia genetica rara che colpisce molti organi e diversi tessuti. La malattia, descritta per la prima volta nel 1960 da un gruppo di pediatri italiani, è detta anche Dermatodisostosi cranio-mandibolare o sindrome MAD. E' caratterizzata da invecchiamento precoce, forte

riduzione del grasso cutaneo, mento piccolo o quasi assente, anomalie delle falangi e delle unghie, chiazze di iperpigmentazione e alterazioni nello sviluppo delle clavicole. Lo studio ha individuato il cromosoma originario e la mutazione responsabile del difetto confrontando il DNA dei malati di origine italiana, tutti provenienti da alcune aree dell'Italia centrale. I ricercatori ritengono che la malattia sia originata per mutazione almeno 1.700 anni fa in piena età del bronzo, forse nella popolazione italica dei Volsci. Il gene alterato è fondamentale per la costruzione di una proteina, la lamina, necessaria per la struttura del nucleo cellulare.

# L'inserto

**L'Ordine  
degli Infermieri  
protagonista  
al SANIT 2006**

**Infermiere:  
il valore della  
professione**



---

## L'Ordine degli Infermieri protagonista al SANIT 2006

# Infermiere: il valore della professione

---

*Due giornate intense di formazione, aggiornamento, confronto e dibattito che hanno acceso i riflettori sulle potenzialità e i problemi degli infermieri*

**G**li infermieri ancora protagonisti al Sanit, la mostra-convegno sui servizi sanitari giunta alla sua terza edizione e che ha animato i padiglioni della Fiera di Roma dall'8 all'11 febbraio scorsi.

Come nell'edizione del 2005, anche quest'anno l'Ordine degli Infermieri di Roma e della Provincia ha chiamato a raccolta oltre 1.500 colleghi, fra infermieri, DU, laureati, dirigenti e studenti di Infermieristica per una due-giorni di seminari e confronti. "Infermiere: il valore della professione" è il tema sul quale si è a lungo dibattuto e che, per 48 ore, ha acceso i riflettori dei media sui problemi della professione.

Luci puntate sui numeri che mettono a nudo la difficilissima condizione di lavoro in cui si è costretti ad operare: un totale di 340 mila infermieri in Italia contro gli oltre 650 mila della Gran Bretagna, un rapporto di cinque infermieri ogni mille abitanti contro una media europea del 7 per mille. E poi i dati allarmanti riferiti al Lazio, dove esercitano circa 30 mila infermieri (dei quali oltre 3 mila extracomunitari), con organici carenti di almeno 4 mila unità, un turn-over annuo che non riesce ad essere garantito neppure per il 50% (con più di 1.500 infermieri che lasciano il servizio per pensionamento o trasferi-

mento e appena 650 neo laureati che restano a lavorare nelle strutture sanitarie della regione).

La due-giorni infermieristica del Sanit 2006 si è aperta con la prima sessione plenaria sul tema "Valorizzare l'assistenza infermieristica". Alla relazione di G. Rocco su "Il valore della professione: l'infermieristica nello scenario europeo", ha fatto seguito la tavola rotonda sul tema "Lo scenario infermieristico italiano tra presente e futuro", con gli interventi di C. Cursi, A. Battaglia, G. Rocco, L. Macchitella, P. Grasso, moderata da P. Romano. La seconda sessione plenaria, moderata da C. Turci e R.E. Monaco, è stata dedicata a "Gli strumenti per la valorizzazione della professione" e si è articolata in tre fasi: la relazione di L. Sasso su "Le competenze nell'esercizio della clinica infermieristica"; la tavola rotonda sul tema "L'esperto clinico", con gli interventi di R. Alvaro, L. Sasso, L. Martini e M.G. Proietti; il confronto-dibattito con il pubblico in sala.

La seconda giornata è stata interamente dedicata alla sessione plenaria su "La ricerca infermieristica, l'esperienza Italia-Canada", moderata da A. Pulimento e S. Ricci. La preside della Facoltà di Infermieristica dell'Università di Toronto D. Affonso ha tenuto la lezione magistrale di avvio presentando la "Ricerca sui near misses", frutto della collaborazione fra numerosi ospedali italiani e canadesi e coordinata dall'Ordine IPASVI di Roma. E' seguita la

tavola rotonda con gli esperti M.G. De Marinis, G. Finocchi, D. Tartaglino; quindi la relazione di G. Rocco su "Il ruolo dell'Ordine IPASVI di Roma nella ricerca" e il confronto-dibattito con il pubblico coordinato da A. Pulimento e S. Ricci. Al termine la compilazione dei test di valutazione della qualità del corso e di valutazione finale.

Un'esperienza decisamente positiva quella del Sanit 2006, che conferma il gradimento espresso l'anno precedente dai tantissimi infermieri che hanno affollato l'auditorium dei lavori. Collegi che anche quest'anno hanno risposto in gran numero, rimarcando così la validità di questo tipo di eventi formativi. Due giorni intensi che hanno segnato nei presenti un sicuro arricchimento professionale e hanno contribuito a rilanciare nel circuito mediatico e nell'opinione pubblica i problemi degli infermieri.

Infermiere Oggi presenta di seguito un resoconto sintetico delle due giornate del SANIT 2006.

## **L'INFERMIERISTICA NELLO SCENARIO EUROPEO**

La prima sessione plenaria ha inquadrato l'infermieristica nello scenario europeo. Ha aperto i lavori la relazione a tema del presidente dell'Ordine degli Infermieri di Roma Gennaro Rocco.

<La sanità di oggi e ancor più quella di domani va necessariamente inquadrata in ambito europeo - ha premesso il dottor Rocco - Gli infermieri, in questo contesto, costituiscono un vero e proprio punto di riferimento per la libera circolazione delle professioni nell'Unione Europea; non c'è professione, infatti, con una mobilità più elevata della nostra. In Italia arrivano moltissimi collegi da tutto il mondo e, segnatamente, da moltissimi Paesi europei. Siamo dunque immersi nelle politiche e nelle dinamiche di questo tipo. E ciò pone una serie di problemi in merito ai requisiti, alle competenze e agli standard qualitativi. Ecco perché dobbiamo allungare il nostro sguardo fuori dai confini nazionali.

Abbiamo visto cambiare radicalmente

la posizione e il ruolo della professione, che solo fino a cinque anni fa era definita come "professione paramedica", insomma una professione ausiliaria. Un retaggio, questo, non semplice da superare. Anche perché cambiare la mentalità di tante altre figure professionali che quotidianamente interagiscono con gli infermieri non è affatto semplice. Ora - ha aggiunto Rocco - il nostro obiettivo è quello di lavorare affinché le condizioni reali sul posto di lavoro consentano di tradurre in realtà le conquiste ottenute sul piano legislativo e del riconoscimento sociale. Finora gli infermieri si sono molto impegnati per acquisire nuove conoscenze e competenze. Il problema è l'altra faccia della medaglia: l'applicazione concreta di questa grande crescita.

Nel Lazio la sanità incontra grandi difficoltà, con un clima generale spesso negativo e una sfiducia crescente da parte dei cittadini, in un contesto assai complicato e con pochissime risorse economiche investite nel campo dell'assistenza. E questo aspetto ci tocca da vicino per due volte: come professionisti sanitari e come cittadini-utenti. Abbiamo ottenuto per legge il profilo professionale, il riconoscimento di professione intellettuale, l'accesso alla dirigenza e alla docenza universitaria (quest'anno partiranno i primi dottorati di ricerca per infermieri).

Oggi, il nostro riconoscimento dal punto di vista formale è al massimo livello di sempre. E anche l'aver ribadito l'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo è importante in questa chiave, una garanzia ulteriore per il professionista e per i cittadini. Tuttavia, le nuove conquiste si calano in una realtà operativa non aggiornata, figlia del passato. Anche l'aspetto delle responsabilità oggettive e soggettive degli infermieri è cambiato e sempre più collegi devono misurarsi con la tutela riferita al rischio professionale.

L'Italia - ha chiosato il presidente - si è accorta finalmente che l'infermieristica è qualcosa di diverso e di istinto dalla medicina. L'ha capito l'università quasi dieci anni fa. E ora anche lo Stato. Occorre però tradurre i principi sanciti dalla legge nella pratica quotidiana.

Qui si inserisce il grande e scottante capitolo delle mansioni improprie, che distraggono gli infermieri dalla loro attività peculiare. Per questo anche noi infermieri dobbiamo cambiare atteggiamento e strategia: non più piangendoci addosso per i gravi problemi che viviamo ogni giorno, ma farci noi stessi motore del necessario cambiamento. Dobbiamo perciò proporre, studiare, indicare le soluzioni a chi deve assumere le decisioni organizzative. Questo è il ruolo che vogliamo recitare da qui in avanti. Dobbiamo farlo finanche denunciando che, in queste condizioni di lavoro, non è più possibile andare avanti, tenere aperti i reparti e garantire i servizi con la dovuta sicurezza>.

Entrando nello specifico, Rocco ha sottolineato: <Stiamo andando verso un sistema in cui la gestione dell'acuzie è in profonda trasformazione. I lunghi tempi di degenza di una volta non ci sono più, grazie ad esempio alla crescente attività di day surgery. Tutto ciò induce un cambiamento profondo anche nel modo di fare assistenza. Inoltre, il tema della multipatologia cronica costituisce oggi una grande sfida e necessita di qualcuno che governi al meglio queste nuove condizioni, questa complessità assistenziale. Ecco perché il rapporto tra infermieri e pazienti, in Italia fra i più bassi al mondo, va profondamente rivisto. Proprio per questo stiamo spingendo molto sulla figura dell'infermiere esperto clinico, in grado di gestire tale criticità. E ancora: lo sviluppo delle carriere.

Abbiamo investito molto sull'evoluzione delle leggi che ci riguardano e che oggi ci riconoscono molte cose in più rispetto al passato. Manca ancora però l'indicazione di come valorizzare la figura infermieristica. Non possiamo limitare le aspettative degli infermieri a quella di diventare caposala. Tanto più che i dirigenti potranno essere una piccola quota del totale degli infermieri. E tutti gli altri? Quelli che sono più di tutti in prima linea? Quelli che interagiscono direttamente con il cittadino? Da qui l'importanza di investire sulla figura dell'esperto clinico, che può anche contribuire molto a contenere la

spesa sanitaria in virtù delle conoscenze e delle competenze acquisite, che migliora il livello di assistenza, accorcia i tempi di guarigione e di degenza, riduce gli sprechi.

Il master in Management serve proprio a questo, a farsi carico degli aspetti manageriali e organizzativi oltre che a quelli strettamente propri dell'assistenza. E serve molto anche per affinare l'assistenza, correggere le incongruenze e le disfunzioni, analizzare gli errori, trovare le soluzioni idonee>.

Il dottor Rocco ha quindi messo in luce i principali problemi della categoria comuni a molti Paesi europei e particolarmente critici in Italia: carenza degli organici; mancata definizione delle piante organiche (<Qui c'è bisogno di uno sforzo enorme, contro l'incredibile livello di precarietà che causa grande malessere tra gli infermieri, costretti a migrare continuamente fra un reparto e un altro, da un ospedale all'altro>); difficoltà di inserimento degli infermieri stranieri; libera circolazione dei professionisti in ambito Ue; definizioni di standard minimi per il riconoscimento dei titoli.

<Abbiamo costituito la nostra federazione europea (FEPI) – ha concluso il presidente Rocco – nata su iniziativa italiana e sorta a Roma nel 2004. Ne fanno parte tutti i Paesi europei che hanno un ordine professionale. L'obiettivo è concentrare e armonizzare gli sforzi di ognuno per risolvere i problemi comuni della professione. Stiamo lavorando molto anche sugli standard di accreditamento dei singoli professionisti nell'Unione Europea. Stiamo definendo degli standard di requisiti minimi anche per agevolare l'inserimento dei colleghi stranieri. E la prossima assemblea europea si svolgerà proprio a Roma dall'11 al 13 maggio 2006, con rappresentanze di tanti Paesi europei>.

## **LO SCENARIO INFERMIERISTICO ITALIANO TRA PRESENTE E FUTURO**

Alla relazione di apertura ha fatto seguito un vivace dibattito con la partecipazione del sottosegretario al Mini-

stero della Salute Cesare Corsi, dell'assessore alla Sanità della Regione Lazio Augusto Battaglia, del direttore generale della Azienda sanitaria locale RM/E Pietro Grasso e del direttore generale dell'Azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini Luigi Macchitella.

<Partecipo sempre molto volentieri a queste iniziative del Collegio IPASVI che oggi posso con soddisfazione chiamare Ordine degli infermieri di Roma – ha esordito il senatore Corsi - Tutti i gruppi parlamentari hanno contribuito alla recente approvazione della riforma delle professioni sanitarie, a dimostrazione di

come tutte le forze politiche abbiamo compreso l'importanza del ruolo e delle funzioni degli infermieri e delle altre professioni sanitarie. E' l'avvio di un nuovo percorso, lo stesso intrapreso anni fa per la rivalutazione del ruolo dell'infermiere. A quel tempo, la figura infermieristica stava superando la sua posizione storicamente subordinata per raggiungere una formazione di livello universitario, con tanto di laurea. Andare in giro oggi per l'Europa e dire che i nostri infermieri arrivano alla laurea magistrale è il massimo che possiamo fare in ambito internazionale. Ecco anche perché abbiamo detto no al riconoscimento della parità del profilo professionale con infermieri di altri Paesi che non possono vantare questo tipo e questa qualità della formazione. Non si può giocare sulla professione e men che mai sulla pelle dei pazienti. E anche le polemiche sollevate da qualche categoria in queste ultime settimane è strumentale e ingiustificata. L'Ecm che voi infermieri fate con tanta professionalità dimostra come questo sia importante. Oggi per l'infermieristica - ha concluso Corsi - abbiamo un livello che ci pone come punto di riferimento per l'intera Europa. E ne siamo orgogliosi>.



<La prospettiva di un direttore generale di Asl – ha esordito il dottor Pietro Grasso - è proprio quella di raccogliere e soddisfare tutte le attese, non solo quelle degli infermieri e degli altri operatori sanitari ma anche quelle dei cittadini. Il quadro attuale è certamente critico. Dobbiamo indagare meglio per capire se c'è una semplice carenza numerica di infermieri o se piuttosto siamo di fronte a una carenza di assistenza. Il cuore del problema sta nel fatto che è necessario gestire questo fenomeno ma non lo si può fare solo in termini numerici, servono anche metodi e criteri di organizzazione nuovi. La logica è quella di mettere assieme tutti gli elementi di coalizione, sinergia e condivisione di un'azienda, ai vari livelli. Inoltre devono poter interagire al meglio le diverse professioni sanitarie. In questo campo, purtroppo, c'è un gap culturale che va ancora superato, una certa difficoltà a lavorare insieme, in equipe. E tutte le professioni sanitarie devono poter lavorare sugli aspetti organizzativi e di budget. Che fare in concreto? Assicurare che tutte le linee, strategiche, direzionali, politiche, sindacali, organizzative si muovano in maniera coordinata.

Spesso, invece, ci sono spinte in direzione diversa. Occorre poi confrontarsi con il percorso assistenziale, raccordando meglio il livello ospedaliero con quello territoriale. Certamente il livello formativo attuale degli infermieri ci aiuta in questo sforzo. Inoltre il discorso della attrattività: il nostro sistema è oggi assai poco attrattivo. Dobbiamo lavorare ancor di più all'interno, sull'organizzazione del lavoro e non solo sugli aspetti prettamente economici. L'ambiente non deve mai essere conflittuale con la motivazione professionale di ognuno. Alla Asl Roma/E stiamo cercando di fare proprio questo sforzo. Partiamo da una situazione oggettivamente critica. Puntiamo a creare un preciso modello di Dipartimento infermieristico. Cerchiamo di creare una continuità tra ospedale e territorio, partendo dal principio della presa in carico del malato, una prerogativa, questa, propria soprattutto degli infermieri. Ci stiamo provando attraverso l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale. I risultati fin qui ottenuti – ha assicurato Grasso - ci incoraggiano a proseguire su questa strada>.

<Non voglio passare come il solito direttore generale che batte cassa – gli ha fatto eco il dottor Macchitella - ma se le Leggi finanziarie continuano a tagliarci le risorse per sostenere il costo del personale è evidente che diventa difficile contenere i disagi e le storture del sistema. Nella mia Azienda, quest'anno, attraverso il semplice turn over, posso compensare gli infermieri che vanno in pensione solo per una minima parte. Con tutto ciò, la denuncia avanzata dal presidente dell'Ordine IPASVI di Roma è sacrosanta: dobbiamo impegnarci tutti per reintegrare le piante organiche infermieristiche. per poter garantire un livello assistenziale adeguato a un Paese civile. Ci accingiamo ad assumere circa 200 infermieri, non senza grandi sforzi e sacrifici. Mi chiedo: sarà sufficiente? In questi anni la professione infermieristica è molto cresciuta, ma ancora resiste la vecchia impostazione circa l'aspetto relazionale delle altre professioni nei confronti degli infermieri. Al mio arrivo al San Camillo, ho trovato un Servizio Infermieristico già istituito.

Eppure, il servizio in quanto tale ha inciso poco nella capacità di redistribuire meglio il personale all'interno dei vari servizi. Il lavoro infermieristico è un lavoro usurante e non possiamo pensare che si entri a 20 anni con la qualifica di infermiere professionale e si esca a 60 con le stesse mansioni. Spesso accade che tutto sia gestito in modo piuttosto clientelare. Alle Aziende sanitarie e ospedaliere serve una organizzazione più autonoma, una strutturazione di tipo dipartimentale, per valorizzare, cambiandola, la gestione del personale e dell'organizzazione aziendale. Diverso è chiamare una struttura Servizio o Dipartimento. Il primo modo conferma un certo verticismo organizzativo, poco adatto a mio avviso al lavoro infermieristico. Se si vuole partire dalla centralità della persona nel processo di assistenza, va rotto l'attuale sistema verticistico: il medico non deve necessariamente stare al vertice dello staff. Il Dipartimento ha proprio questa funzione di rompere con la gerarchia, ma costruisce un sistema a rete, con le varie professioni che diventano ognuna punto di riferimento dell'altra. Questa è la battaglia che stiamo combattendo nella nostra Azienda. Il confronto deve avvenire sulle professioni e non più sulle gerarchie. Professioni autonome ma poste sullo stesso piano, ognuna con le sue peculiarità. C'è anche un problema culturale da superare in questa chiave. E altri due grossi ostacoli: l'università che laurea ancora troppi medici che poi premono sul mercato del lavoro togliendo spazio ad altre professioni; la difficoltà a costruire nelle Aziende un sistema di valori diverso da quello del puro riconoscimento gerarchico, fondato sulla professionalità. Purtroppo – ha concluso Macchitella - in questo campo, gli ultimi contratti non ci aiutano molto>.

L'assessore Battaglia è stato sollecitato dal presidente Rocco sulle emergenze professionali in atto: carenza degli organici (ben 38 mila medici e appena 23 mila infermieri in servizio nelle strutture sanitarie della provincia di Roma); revisione dell'allocazione delle risorse (l'istituzione dei Dipartimenti in-



fermieristici è spesso rimasta sulla carta) per avere retribuzioni più adeguate; le gravi difficoltà economiche delle scuole sedi di formazione degli infermieri (diversi istituti hanno annunciato la chiusura dei corsi per mancanza di finanziamenti); i budget che ancora mancano ai Servizi infermieristici e ai Dipartimenti dell'assistenza.

<Ritengo giuste le rivendicazioni di ruolo, responsabilità e retribuzione che arrivano dagli infermieri – ha risposto l'assessore - Abbiamo chiesto loro di crescere sotto il profilo culturale, scientifico e delle competenze. E lo hanno fatto. Alcuni mesi fa ho preso precisi impegni

le linee di indirizzo. Ma non possiamo fermarci all'approvazione di questo documento, condiviso anche dai direttori generali delle Asl. Il lavoro è iniziato e certamente non sarà di breve respiro, ci vorrà ancora del tempo. Il rapporto qui ricordato di 38 mila medici e 23 mila infermieri è davvero molto squilibrato e assolutamente dobbiamo correggerlo. Come pure dobbiamo intervenire sui ritardi accumulati finora. Qualche Azienda ha cominciato ad assumere decisioni in tale direzione. In questa fase le Aziende stanno definendo i programmi per il 2006, i nuovi atti aziendali, i bilanci per il 2006 che saranno concordati



con gli infermieri di Roma e del Lazio. Ora, anche sotto l'aspetto legislativo, la professione è sullo stesso piano di altre professioni preordinate. Stiamo cercando di smontare il vecchio sistema piramidale della sanità del Lazio, in cui mano a mano che si scende diminuiscono le responsabilità. Oggi stiamo lavorando a una riorganizzazione complessiva del sistema sanitario, con una rete orizzontale di assistenza fra ospedali e territorio. Il che necessita di pari responsabilità fra tutti gli anelli di questa rete. La legge 251 consente oggi di migliorare i servizi. Abbiamo emanato

per la prima volta sia col settore pubblico che con quello privato. Non possiamo andare avanti senza regole, senza controlli, senza bilanci. Non possiamo continuare ad alimentare una spesa sanitaria di oltre 480 milioni di euro e non possiamo continuare ad ignorare che c'è chi non lavora ma prende molti soldi, come dimostrano le ultime vicende di cronaca, non sempre in modo legittimo. Dobbiamo disintossicare il nostro sistema sanitario dalle troppe scorie accumulate. Entro il mese di febbraio le Aziende e le strutture private sapranno che cosa la Regione Lazio si aspetta da

loro per il 2006. Un anno, questo, in cui dobbiamo assolutamente ridurre il deficit, che contiamo di dimezzare. Bisogna risparmiare, ma dobbiamo sapere che cosa tagliare e che cosa no, eliminando consulenze che non servono e primari inutili. E le poche risorse che abbiamo vanno usate per risolvere i problemi concreti: abbassare il tasso di ospedalizzazione che è troppo alto, concentrare le risorse sul personale che davvero serve. E tra queste, la carenza infermieristica è al primo posto. Ovviamente nel 2006 non riusciremo a modificare significativamente l'assurdo rapporto attuale tra personale medico e infermieristico, ma certamente invertiremo la tendenza attuale. Il Servizio infermieristico? Vogliamo supportare l'attività svolta dalla Regione con un lavoro fatto insieme. Alla luce dei nuovi bisogni della sanità, i problemi organizzativi e gestionali vanno affrontati fianco a fianco con gli infermieri. Quanto alle scuole di formazione infermieristica, c'è una difficoltà oggettiva che deriva anche dalla disaffezione dei giovani verso la professione. Ma quest'anno, per la prima volta, registriamo un'inversione di tendenza, frutto anche delle ultime scelte legislative che danno un'immagine diversa dell'infermiere rispetto al passato. Certo, ora le Regioni devono fare scelte conseguenti. La Regione Lazio, mio tramite, vuole collaborare strettamente affinché aumentino le opportunità di formazione infermieristica. E cercheremo di aiutare al massimo le scuole di formazione, lavorando sul Bilancio 2006. Per quanto riguarda l'Ecm - ha concluso Battaglia - chiedo solo un po' di tempo per elaborare un piano di ottimizzazione che possa realmente funzionare in ogni Azienda. E per tutto questo, chiedo il vostro supporto e il vostro aiuto, quello che gli infermieri non hanno mai fatto mancare alla sanità della nostra regione>.

## **GLI STRUMENTI PER LA VALORIZZAZIONE DELLA PROFESSIONE**

La seconda sessione plenaria dei lavori, intitolata "Gli strumenti per la valoriz-

zazione della professione", è stata incentrata sulla figura dell'infermiere "esperto clinico".

La professoressa Loredana Sasso ha sviluppato un'articolata relazione sul modello più attuale che riguarda le competenze nell'esercizio della clinica infermieristica, ponendo l'accento sull'infermieristica come scienza e sul suo mandato in termini di competenze, dal sapere scientifico al sapere esperto.

Nella tavola rotonda che ne è seguita, alla quale hanno preso parte la professoressa Rosaria Alvaro, la DAI Lorena Martini e la dottoressa Maria Grazia Proietti, si è delineata la figura dell'infermiere "esperto clinico", rappresentando le opportunità legate a tale figura sia sul fronte della formazione, sia in termini di competenze professionali, sia nella progressione di carriera. Il dibattito che ne è scaturito tra il pubblico e i relatori è stato particolarmente interessante e vivace; i punti focali in discussione sono stati quelli della valorizzazione delle competenze nella clinica e il perché è importante riflettere sull'infermieristica clinica. Si è discusso inoltre su come si inserisce l'esperto clinico nella ricerca, come attraverso la formazione universitaria si preparano le competenze dell'esperto clinico ed infine come la figura dell'esperto clinico si inserisce nell'organizzazione.

## **LA RICERCA INFERMIERISTICA: L'ESPERIENZA ITALIA-CANADA**

L'ultima delle due giornate infermieristiche del Sanit si è concentrata sul tema della ricerca e sulla sua attualità. La sessione ha fornito l'opportunità di presentare con orgoglio la ricerca condotta dal Collegio IPASVI di Roma in collaborazione con l'Università di Toronto (Canada) dal titolo "Il contributo infermieristico alla sicurezza del paziente in Ospedale".

Si è trattato di uno studio qualitativo multicentrico sui cosiddetti "near misses" (ovvero i danni evitati). E' stato un evento straordinario che ci ha visti, come infermieri e come Ordine professionale, protagonisti di uno studio di ri-

cerca multicentrico che ha appassionato il gruppo di lavoro e di cui siamo fieri, auspicando che è solo l'inizio di un percorso che ci vede sempre più come punto di riferimento per lavori di questo tipo.

E' giusto ricordare che tale opportunità è stata offerta al Collegio IPASVI di Roma dall'iniziativa di una collega canadese, la professoressa Dyanne Affonso, che ha voluto coinvolgere il Collegio in un progetto di ricerca svolto in stretta collaborazione con l'Università di Toronto.

I relatori sono stati, oltre alla stessa professoressa Affonso, il presidente del Collegio IPASVI di Roma Gennaro Rocco, Michela Piredda, Giovanna Fi-

nocchi e Alessandro Stievano.

La professoressa Affonso ha presentato la ricerca ponendo l'accento sul significato di "near misses" quale elemento fondamentale di sicurezza per il paziente, concettualizzando la terminologia e l'importanza che tale strumento assume nella pratica infermieristica e nella politica sanitaria globale.

Il presidente Rocco ha focalizzato il ruolo che ha assunto il Collegio di Roma nella ricerca. Dal canto loro, Piredda, Finocchi e Stievano hanno ripercorso le varie fasi della metodologia utilizzata e presentato i risultati della ricerca costituiti soprattutto dall'analisi tematica e dalla genesi di aree tematiche che molto interesse hanno su-

## in pillole

### **SINDROME DI ANDY GUMP, GIÙ LA MASCHERA!**

Il gruppo di ricerca italo-francese coordinato dal professor Giuseppe Novelli dell'Università di Roma Tor Vergata ha individuato la causa della sindrome di Andy Gump, una malattia genetica rara che colpisce molti organi e diversi tessuti. La malattia, descritta per la prima volta nel 1960 da un gruppo di pediatri italiani, è detta anche Dermatodisostosi cranio-mandibolare o sindrome MAD. E' caratterizzata da invecchia-

mento precoce, forte riduzione del grasso cutaneo, mento piccolo o quasi assente, anomalie delle falangi e delle unghie, chiazze di iperpigmentazione e alterazioni nello sviluppo delle clavicole. Lo studio ha individuato il cromosoma originario e la mutazione responsabile del difetto confrontando il DNA dei malati di origine italiana, tutti provenienti da alcune aree dell'Italia centrale. I ricercatori ritengono che la malattia sia originata per mutazione almeno 1.700 anni fa in piena età del bronzo, forse nella popolazione italica dei Volsci. Il gene alterato è fondamentale per la costruzione di una proteina, la lamina, necessaria per la struttura del nucleo cellulare.

---

# Infermieri e mobbing

---

di Paolo Tarantino

**P**rima indagine conoscitiva su un campione di infermieri della ASL RM/A di Roma.

Il Servizio Infermieristico, oltre alle sue funzioni isituzionali, si occupa di programmare, organizzare e gestire al meglio le risorse umane affidatogli.

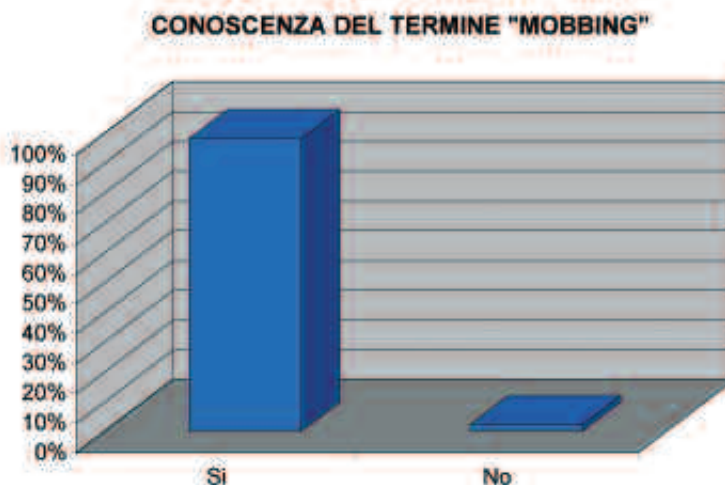
Recentemente, presso la ASL RM/A di Roma, è stata condotta un'indagine conoscitiva sul fenomeno del "mobbing" presente tra il personale infermieristico. Con questo termine si definisce una "aggressione sistematica posta in essere verso un lavoratore, da parte di colleghi o superiori, con il preciso scopo di emarginarlo o addirittura indurlo alle dimissioni".

Una sola indagine non può che rappresentare una fotografia parziale della realtà, ma nel lungo percorso della conoscenza di un fenomeno consente di raggiungere almeno tre obiettivi essenziali: 1. raccogliere e analizzare quanti più dati possibili 2. fornire elementi di riflessione e ipotesi di risoluzione del problema, 3. aprire un varco nella sensibilizzazione delle persone, richiamando l'attenzione su fatti talvolta poco evidenti o apparentemente poco significativi.

Il campione intervistato, 79% donne e 21% uomini, rappresenta circa l'11% di tutto il personale infermieristico della ASL e riguarda per

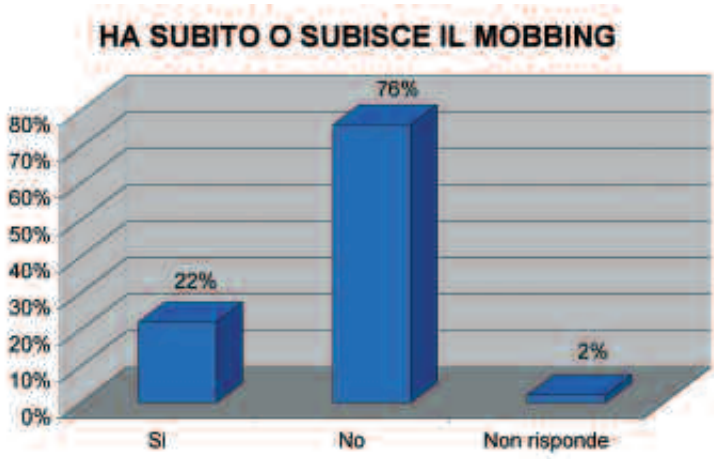
lo più persone con un anzianità di servizio compresa tra i 10 e i 30 anni (età compresa per lo più tra i 30 e i 50 anni). Dai risultati dell'indagine emergono aspetti legati non soltanto al fenomeno del mobbing in quanto tale, ma più in generale ad una forte necessità di tutela della salute psico-fisica dei lavoratori, con particolare riferimento ai recenti e pesanti cambiamenti nel modo di concepire il lavoro stesso. Flessibilità, mobilità, ritmi, competizione, riconoscimenti, sono solo alcune delle chiavi con le quali possiamo interpretare alcuni dei disagi presenti oggi più che mai in ambito lavorativo, sia pubblico che privato.

Innanzitutto emerge un grado abbastanza elevato di consapevolezza nei confronti del fenomeno. Nonostante la maggioranza degli intervistati non sia



in grado di dare un definizione precisa del fenomeno, quasi il 100% conosce il termine "mobbing". Più dell'80% delle persone conosce gli effetti che il mobbing produce nelle vittime (i mobbizzati), soprattutto di carattere psicologico: si fa riferimento spessissimo a patologie come la depressione e l'ansia e, seppure con minore frequenza, si accenna ad attacchi di panico ed esaurimenti nervosi. Una persona su cinque (il 22% circa degli intervistati) afferma di

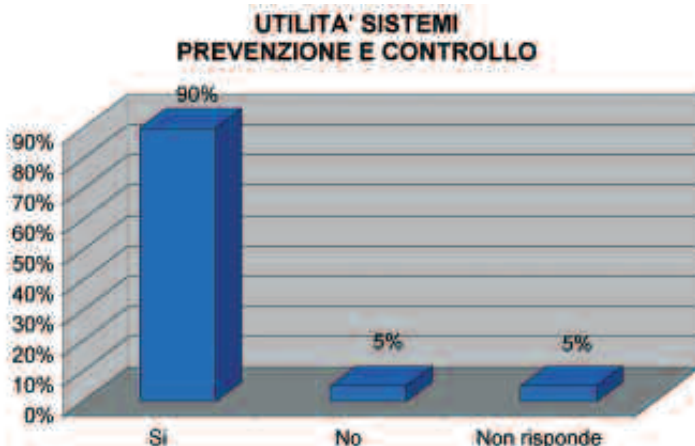
essere l'effetto di un processo di mobbing in corso, dove il soggetto è vittima, oppure la causa scatenante che porterà il soggetto a divenire "mobber", ovvero a rivalersi su altri per affermare o riscattare se stesso. Questo perché tra i motivi che possono dar origine ad un fenomeno di mobbing troviamo: l'invidia di un collega, la continua competizione tra pari, il pressing di un superiore, la noia, la mancanza di stimoli o, viceversa, di riconoscimenti.



In secondo luogo emerge con forza la consapevolezza della necessità di una maggiore tutela nell'ambiente di lavoro e, nel caso specifico del mobbing, sia presunto che reale, di attività di supporto per il personale: sportelli anti-mobbing che aiutino ad orientarsi e a intervenire negli eventuali casi riscontrati, riunioni più frequenti sia tra pari che tra livelli differenti della gerarchia, corsi di formazione e aggiornamento per imparare a riconoscere, analizzare e affrontare il problema.

essere stata o essere tuttora vittima del mobbing e, anche se questo dato è suscettibile di una larga approssimazione (l'intervistato potrebbe identificare un suo vissuto di frustrazione o depressione sul luogo di lavoro come un fenomeno di mobbing anche quando non lo è), il segnale che ne deriva non è affatto trascurabile e porta con sé la necessità di un approfondimento. Un altro elemento interessante è che il 20% circa delle persone ritiene insoddisfacenti o addirittura cattive le condizioni di lavoro, soprattutto dal punto di vista dei carichi, della fatica fisica e/o mentale e del rapporto con i propri dirigenti. E' importante sottolineare che in questi casi il malcontento lavorativo che ne deriva può essere letto in due modi completamente opposti, ma entrambi potenzialmente legati al fenomeno. L'insoddisfazione e/o il cattivo rapporto con i superiori può

A questo proposito è importante sottolineare che la legislazione italiana confrontata a quella di altri paesi europei non ha fatto enormi progressi. Solo a livello contrattuale del Pubblico Impiego si prevede l'istituzione dei "Comitati Paritetici sul fenomeno del mobbing". In particolare il contratto del comparto sanitario ne sancisce i principi ispiratori e ne indica i compiti, in termini di raccolta di dati, individuazione delle pos-



sibili cause del fenomeno, formulazione di proposte di azioni positive in ordine alla prevenzione e alla repressione delle situazioni di criticità, eventuali definizioni dei codici di condotta. Un'ulteriore contributo essenziale del Servizio infermieristico potrebbe essere quello di proporre, infermieri come componenti del Comitato Paritetico. In quanto la specifica professionalità, solleciterebbe l'utilizzo di tutti i mezzi atti al monitoraggio dell'ambiente lavorativo (colloqui, sportelli di ascolto) e l'approfondimento la conoscenza delle cause, alla base dei disagi psichici e fisici attuali e futuri.

## AUTORI

*Dr. / Dai Paolo Tarantino  
Laurea Magistrale in Scienze  
Infermieristiche ed Ostetriche  
Laurea in Scienze dell'Educazione  
D.A.I. – AFD- Spec. Anestesia  
e Rianimazione*

# bibliografia

Amato F. - Casciano M.V. - Lazzeroni L. - Loffredo A., *Il Mobbing. Aspetti lavoristici: nozioni, responsabilità, tutele*, Giuffrè Editore, Milano, 2002

Bona M. - Monateri G. - Oliva U., *Mobbing: vessazioni sul lavoro*, Giuffrè Editore

Carrettin S. - Recupero N., *Il mobbing in Italia. Terrorismo psicologico nei rapporti di lavoro*, Edizioni Dedalo, Bari, 2001.

Casilli A., *Stop Mobbing. Resistere alla violenza psicologica sul luogo di lavoro*, Derive Approdi, Roma, 2000.

Cfr., Leymann H., *Il contenuto e lo sviluppo del mobbing sul lavoro*, 1990, p. 35.

*Contratto Collettivo Nazionale di lavoro del comparto del servizio sanitario nazionale 2002/2005*

De Falco G. - Messineo A. - Messineo F., *Mobbing: diagnosi, prevenzione e tutela legale*, EPC Libri, Roma, 2003.

De Luise E., *Il Mobbing. La tutela esistente, le prospettive legislative e il ruolo degli organi di controllo*, Gruppo Editoriale Esselibri Simone, Napoli, 2003.

Ege H., *I numeri del Mobbing. La prima ricerca italiana*, Pitagora Editrice, Bologna, 1998.

Frascheri C., *Mobbing. Guida alla tutela*, Edizioni Lavoro, Roma, 2003

---

# L'infermiere e gli integratori per lo sport

---

di Massimo Giordani e Vincenzo Marchetti

## INTRODUZIONE

**P**artendo da una ricerca che ho effettuato sul "campo", ovvero presso vari centri sportivi, ho prima osservato statisticamente la situazione dell'utente medio frequentatore di questi centri, per capire il loro rapporto nei confronti dell'integrazione sportiva in genere, ed infine proporre un piano di educazione sanitaria anti-doping, completando la ricerca con notizie ricavate dalla letteratura ufficiale.

## GLI INTEGRATORI ALIMENTARI

Gli integratori o complementi alimentari sono prodotti che costituiscono una fonte concentrata di nutrienti o sostanze ad effetto fisiologico, sia mono che pluricomposti, destinati ad integrare o a complementare la dieta. Sono utilizzati nello sport soprattutto per i seguenti motivi, quali:

- 1) integrare il bisogno di nutrienti in caso di carenza o di aumentato fabbisogno;
- 2) aumentare le masse muscolari e il peso corporeo;
- 3) migliorare i meccanismi fisiologici di espressione della forza e della resistenza organica;
- 4) ritardare l'affaticamento fisico durante l'allenamento;
- 5) ristabilire più rapidamente il recupero dopo l'allenamento o la gara.

## DISEGNO DELLA RICERCA: STRUMENTI, MATERIALI E METODI

**Il campione: caratteristiche, criteri di**

## scelta e reclutamento

Il campione è costituito da 50 uomini e 50 donne, per un complessivo di 100 unità di studio. Il sondaggio è durato circa due mesi, al termine del quale i questionari sono stati tutti compilati per intero. Il reclutamento è avvenuto senza distinzione di età, evitando solo di raccogliere più di 50 questionari per sesso, recandomi presso vari centri sportivi in una zona di Roma previa autorizzazione dei proprietari o gestori degli impianti.

## Strumenti

Lo strumento utilizzato per la ricerca è stato un questionario anonimo frontetro realizzato da me stesso, con 27 items complessivi a risposta chiusa, aperta e a scelta multipla, suddiviso in 4 parti: dati fisici/socio demografici; dati inerenti la dieta; dati inerenti i principali integratori presenti sul mercato e dati inerenti l'allenamento. Nella prima fase di sperimentazione dello strumento è stato effettuato uno studio pilota per verificare l'effetto del questionario tra i frequentatori dei centri sportivi, esclusi poi dallo studio successivo.

## Metodo

Il questionario anonimo e autocompilato è stato somministrato ai vari frequentatori abituali dei centri sportivi, dopo aver spiegato loro la finalità del questionario e garantendo loro l'anonimato nell'utilizzo dei dati. Il mio ruolo nella raccolta dati era di intervista con questionario, aiuto alle domande o di verifica

che alle domande ci fossero tutte le risposte.

### Analisi statistica

Inizialmente è stata condotta un'analisi descrittiva univariata, consistente nel calcolo delle percentuali delle risposte per singolo items e ove opportuna di media.

In dati sono stati inoltre riportati in un diagramma di dispersione per una visione d'insieme della casistica, ma anche per individuare i dati anomali ed errati.

I risultati più rilevanti e significativi sono stati rappresentati tramite istogrammi e tabelle.

## CENNI SUL CODICE DEONTOLOGICO DEGLI INFERMIERI

Novità introdotte con le ultime leggi, attribuiscono all'infermiere altri ruoli oltre la "responsabilità dell'assistenza infermieristica", (art. 1.1 C.d.) tutti specificati all'interno nel codice deontologico e nel profilo professionale, tra cui l'educazione sanitaria sia nella persona sana che malata, articoli 1.2 e 4.1 (C.d.). L'articolo 1, paragrafo 2, premette il campo d'azione dell'infermiere e la natura della sua professione, spiegando: "L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa". L'articolo 4, paragrafo 1, ci dice invece che: "L'infermiere promuove, attraverso l'educazione, stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute; a tal fine attiva e mantiene la rete di rapporti tra servizi e operatori". L'infermiere deve essere quindi consapevole del suo ruolo di informatore e di educatore e deve pertanto integrare il suo curriculum di studi con discipline che valorizzano questo suo nuovo ruolo sanitario.

## LA LEGGE ANTI-DOPING

La legge n° 376 del 14 / 12 / 2000 "Disciplina della tutela sanitaria nelle attività sportive e della lotta contro il doping", definisce "doping" come "la sommini-

strazione o l'assunzione di farmaci o sostanze biologicamente o farmacologicamente attive e l'adozione o la sottoposizione a pratiche mediche non giustificate da condizioni patologiche ed idonee a modificare le condizioni psicofisiche o biologiche dell'organismo al fine di alterare le prestazioni agonistiche di atleti" e trasforma il doping da semplice illecito morale e sportivo a reato penale. Esistono classi di sostanze e pratiche mediche il cui impiego è considerato doping (soggette a revisione periodica non superiore a 6 mesi).

La pena è la reclusione da 3 mesi a 3 anni con multa da 5 a 100 milioni e aumenta se:

- 1) dal fatto deriva un danno per la salute;
- 2) se il fatto è commesso nei confronti di un minorenni;
- 3) se è commesso da componenti e dipendenti del C.O.N.I. o di una federazione sportiva nazionale, di una società, d'associazioni ed enti di promozione riconosciuti dal C.O.N.I.;
- 4) se è commesso da chi esercita una professione sanitaria (in tal caso si ha interdizione temporanea dall'esercizio della professione).

*Qualche integratore, se utilizzato a sproposito o in dosi eccessive, potrebbe rientrare nella precedente definizione o anche in quella del regolamento antidoping del CONI come "sostanza potenzialmente pericolosa per la salute o in grado di alterarne artificialmente le prestazioni agonistiche, senza essere peraltro incluso nelle liste proibite".*

## ANALISI DEI RISULTATI

### Caratteristiche del campione ed analisi delle associazioni

L'atleta medio frequentatore di centri sportivi, dotato di sala pesi, piscina o palestre per aerobica e arti marziali, ha un'età tra i 17 e i 30 anni, con un grado di istruzione superiore (74% del campione totale). Circa la metà della atleti studiati segue una dieta (48% maschi e 52% femmine), distribuita in 3 pasti giornalieri (42%) ideata nella maggior parte dei casi da se stessi (15%), o da un medico/esperto nutrizionista (10%, di cui il 90% donne e solo il 10% uomini) e in alcuni casi da un allenatore (3%) o sono



il risultato di abitudini personali integrate con consigli del trainer (8%) o di riviste e tv (5%). I costituenti tipo di queste diete sono variabili ma la più seguita si aggira intorno al: 35% proteine, 48% carboidrati e 16% grassi, ripartita in 1552 Kcal nelle femmine e 2352 Kcal nei maschi.

Tra le motivazioni che spingono un individuo a frequentare un'attività fisica, il benessere (42,8%), e l'hobby/sport personale (34,4%) sono stati i motivi più menzionati (grafico n°1). Quasi tutti (98%) sanno cos'è un integratore, ma pochi conoscono nello specifico il loro impiego e se sanno qualcosa, spesso questi consumatori hanno notizie false e incomplete, attribuendo loro qualità inesistenti e molto soggettive e questo lo ha

confermato anche la mia indagine (vedi paragrafo "Vantaggi e svantaggi rilevati dagli intervistati dall'uso degli integratori principali presenti sul mercato"). Il 78% del campione (grafico n°2) afferma di usare o di aver usato gli integratori di propria iniziativa (15%) o sotto consiglio del trainer (13%) e solo una piccola parte si fa consigliare da un esperto nutrizionista (9%), per il resto si fanno influenzare da amici/parenti (6%), tv, altro, trainer, ecc (34%, nella tabella n°1/B ci sono gli integratori consigliati in ordine di importanza). Le motivazioni di utilizzo degli integratori (grafico n°3) per le donne sono soprattutto per dimagrire (18%) e ripristinare l'equilibrio idro-salinico alterato durante l'attività sportiva (14%), mentre per gli uomini soprattutto

per aumentare le proprie performance (34%).

Dalla ricerca risulta un basso utilizzo di queste sostanze dato contraddittorio, in quanto dalla ricerca è emerso che questo "basso utilizzo" (50%) equivale per l'intervistato ad un utilizzo presente o passato di circa 4 integratori, dati variabili di poco tra maschi e femmine. Stando alla ricerca, i risultati ottenuti nello sport sembrano essere "tanti" (64% per i maschi e 54% per le femmine) dovuti a tantissimi fattori, ma soprattutto all'allenamento (47%) o l'alimentazione/dieta più gli integratori (30%) e all'allenamento più l'integrazione (15%), mentre per i soli integratori solo una piccola parte (5%). Nel campione totale risulta un consumo medio attuale o passato di circa 4 tipi di integratori per un periodo massimo di 3 anni di utilizzo (tabella n°1/A).

Secondo la letteratura gli integratori sarebbero inutili nel 90% dei casi. La pubblicità afferma che gli effetti collaterali si manifesterebbero solamente a dosi elevate, mentre nella mia ri-

Grafico n°1: Motivo per cui frequenti un'attività fisica in palestra?

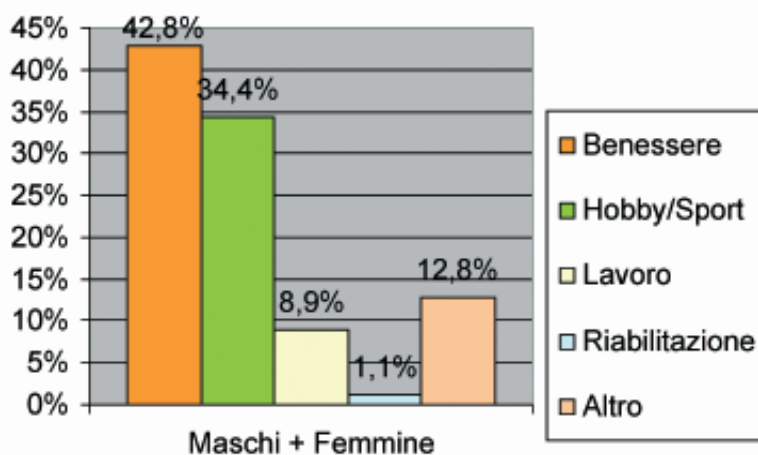


Grafico n°2: Fai uso o hai fatto uso di integratori per lo sport?

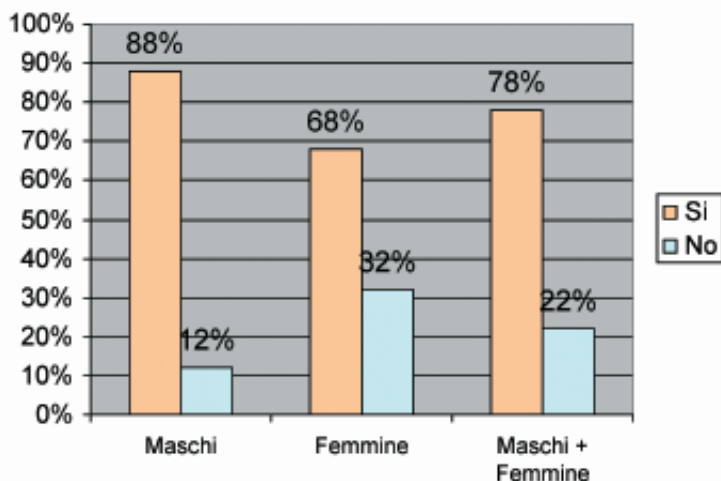
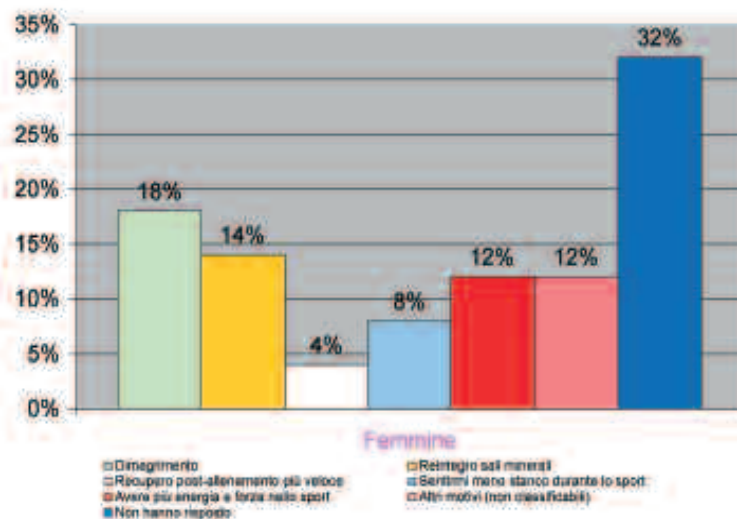
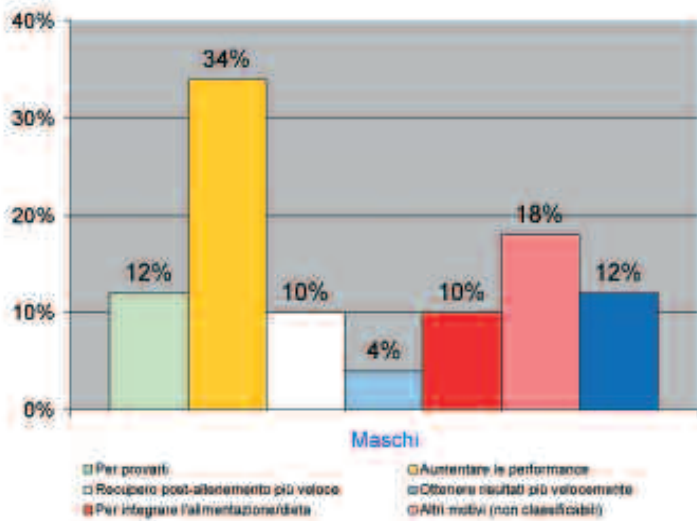


Grafico n°3: Perché?



cerca tutto questo si è rivelato infondato in quanto gli effetti negativi si possono manifestare anche senza *abuso* e sono: diarrea, bassa digeribilità, pirosi, ritenzione idrica, tachicardia, insonnia e aumento della diuresi. Da segnalare infine che l'11% del campione totale ricorrebbe al doping dopo il fallimento degli integratori, di cui tra questi vi è una parte, 10%, che già fa uso di doping.

### VANTAGGI E SVANTAGGI RILEVATI DAGLI INTERVISTATI DALL'USO DEGLI INTEGRATORI PRINCIPALI PRESENTI SUL MERCATO

#### Integratori proteici (di qualsiasi tipo)

43 (55,1%) su 78 persone (100%), uti-

lizzano o hanno utilizzato questo integratore.

**Vantaggi:** Pasti sostitutivi (16,3%) con buon sapore (2,3%), che integrano le carenze alimentari senza appesantire la digestione in qualsiasi regime dietetico (4,7%). Il vari casi il recupero muscolare è aumentato (2,3%), con aumenti in termini di massa magra muscolare (30,2%), maggior compattezza/densità del muscolo (4,7%) e migliore costruzione/qualità della muscolatura (7%). Forza (11,6%), energia (2,3%), resistenza (4,7%) e dimagrimento dell'atleta sono aumentate (2,3%). Può migliorare l'estetica (2,3%), ma in alcune persone non sono stati apprezzati vantaggi (18,6%).

**Svantaggi:** Pochi svantaggi (28%), tuttavia l'abuso ha portato la comparsa di sintomi gastrointestinali, come bassa digeribilità (16,3%), pirosi gastrica (2,3%), flatulenza (2,3%) e diarrea (16,3%). Da segnalare la possibile eruzione cutanea sulla schiena (2,3%), con edema (2,3%) e un possibile sovraccarico dei reni (4,7%) e fegato (2,3%) da aumento di prodotti

azotati derivati dal metabolismo proteico, con innalzamento dell'azotemia (4,7%). Può essere presente polidipsia (2,3%) con una possibile infiammazione delle emorroidi nei soggetti già affetti da tale patologia (2,3%). Il prezzo è elevato (11,6%).

#### Integratore di sali minerali

50 (64,1%) su 78 (100%) persone, utilizzano o hanno utilizzato questo integratore.

**Vantaggi:** Reintegra i sali persi durante la sudorazione di un allenamento intenso e prolungato (16%), è usato nella prevenzione e la cura dei crampi (26%). Si ha così una minor sensazione della stanchezza (14%), con più lucidità mentale

TABELLA N°1	A) Classifica degli integratori più usati, con relativo tempo medio di utilizzo in anni			B) Integratori consigliati in ordine di importanza		
	♂/ UTILIZZO MEDIO (in anni)	♀/ UTILIZZO MEDIO (in anni)	♂+♀/ UTILIZZO MEDIO (in anni)	♂	♀	♂+♀
Integratori proteici (di qualsiasi tipo)	1/3	3/2	2/2	1	3	2
Integratore di sali minerali	3/3	1/3	1/3	3	1	1
Aminoacidi a catena ramificata (BCAA)	5/3	5/2	5/2	2	5	5
L-Glutammina	6/2	8/1	6/2	5	8	6
L-Carnitina	8/1	6/1	7/1	9	7	10
L-Arginina	10/1	10/1	10/1	9	9	11
Gainner (mix di proteine, carboidrati, grassi essenziali, vitamine, sali minerali, ecc)	11/1	10/1	11/1	6	8	9
Creatina	2/2	7/1	4/2	2	4	4
Complesso vitaminico	4/2	2/3	3/3	4	2	3
Olio di pesce (DHA, EPA, Grassi omega 3)	9/2	7/2	8/1	9	6	9
ZMA (Zinco, Magnesio aspartato, Vitamina B6)	9/2	9/1	9/1	8	6	8
Termogenici, Brucia-grassi (Esempio: Caffaina, Yohimbe, Guarana, ecc.)	7/2	4/1	6/1	7	6	7

(2%), evitando la spossatezza (2%). Fa sentire meglio (8%), migliora l'umore (2%) e la resistenza allo sforzo (4%), facendoci sentire più vitali (14%), energici (4%) e svegli (2%), mantenendo l'omeostasi idrosalina (2%). Dissetante (6%), permette un recupero post allenamento più veloce (2%), aumentando la diuresi (2%). Si hanno infine meno sbalzi glicemici (2%) e un aumento generale delle performance durante l'attività sportiva (2%). Per alcuni atleti aiuta a sciogliere i grassi (2%). Vari intervistati non hanno trovato vantaggi apprezzabili (10%).

**Svantaggi:** Spesso non si hanno svantaggi (82%), si segnala solo un aumento della sete (6%) e una diuresi aumentata (6%). Sono possibili sbilanciamenti di questi sali minerali (2%) e l'abuso di potassio è dannoso per l'attività cardiaca (2%).

### Aminoacidi a catena ramificata (BCAA)

28 (35,9%) su 78 (100%) persone, utilizzano o hanno utilizzato questo integratore.

**Vantaggi:** Insieme di tre aminoacidi utilizzati per promuovere e ottimizzare la crescita di massa magra muscolare

(7,1%), rendendo più resistenti allo sforzo (14,3%), percependo una minore sensazione della fatica (7,1%). Da segnalare un aumento in termini di forza muscolare (11%) e di ricostruzione muscolare dopo l'esercizio fisico (32,1%), con minor catabolismo muscolare dopo lo sforzo di potenziamento muscolare (3,6%). Assunti prima e poco dopo l'allenamento, in questo modo si hanno i migliori risultati (3,6%). Alcuni intervistati non hanno ottenuto vantaggi (14,3%).

**Svantaggi:** Molti atleti non hanno avuti svantaggi (78,6%), tuttavia sono emersi disagi secondari, tipo un sapore (7,1%) e un odore (7,1%) sgradevole e un prezzo elevato (7,1%). Bassa digeribilità (3,6%) e sovraccarico renale (3,6%) è possibile, mentre in rari casi la bassa sensazione di fatica associata all'assunzione di questo prodotto è considerato uno svantaggio in quanto aumenta il rischio di infortuni (3,6%).

### L-Glutammina

23 (29,5%) su 78 (100%) persone, utilizzano o hanno utilizzato questo integratore.

**Vantaggi:** Aminoacido non essenziale utilizzato per recuperare lo sforzo

fisico più velocemente dopo l'allenamento (39,1%). Diminuisce l'affaticamento muscolare (4,4%), ed è considerato un anticatabolico (4,4%) che aumenta le performance generali dell'atleta (4,4%) sia in resistenza (4,4%), forza (17,4%), che di massa muscolare magra (26,1%).

**Svantaggi:** Pochi casi di sovraccarico renale (8,7%) e ritenzione idrica aumentata (4,4%). Da ricordare il costo elevato (8,7%) e un sapore non tanto gradevole (4,4%). Per il resto degli intervistati questo integratore è privo di svantaggi (52,2%).

### **L-Carnitina**

16 (20,5%) su 78 (100%) persone, utilizzano o hanno utilizzato questo integratore.

**Vantaggi:** Aminoacido non essenziale capace di favorire il dimagrimento (56,25%) e di stimolare in alcuni casi la crescita di massa muscolare magra (6,25%) e la resistenza allo sforzo (6,25%). La L-carnitina ha aumentato il metabolismo basale (6,25%) e il metabolismo degli enzimi muscolari (6,25%), aumentando l'energia dell'atleta (6,25%) e incrementando anche il recupero da stress generale (6,25%). E' in grado di rafforzare il muscolo cardiaco (6,25%), ma in alcuni intervistati non ha dimostrato vantaggi (6,25%).

**Svantaggi:** Può dare diarrea (6,25%) con sovraccarico dei reni (6,25%) e rari casi d'insonnia (6,25%). Il prezzo è elevato (12,5%).

### **L-Arginina**

8 (10,3%) su 78 (100%) persone, utilizzano o hanno utilizzato questo integratore.

**Vantaggi:** Aminoacido depuratore del fegato (12,5%), è usato come ricostituente (12,5%) per un miglioramento generale del fisico (12,5%). Innalza il metabolismo basale (12,5%) e può aiutare nel dimagrimento (12,5%), stimolando la secrezione dell'ormone della crescita (GH; 12,5%). Aumenta in alcuni casi anche la forza muscolare (12,5%), facendo sentire il muscolo più irrorato (25%). In grandi dosi può stimolare l'ipertrofia muscolare (12,5%). Alcuni intervistati non hanno rilevato

vantaggi apprezzabili (12,5%).

**Svantaggi:** Privo di svantaggi (62,5%), ma può dare insonnia (12,5%), togliere l'appetito (12,5%) e innalzare i livelli di testosterone nell'atleta (12,5%). Il prezzo è elevato (12,5%).

### **Gainer (mix di proteine, carboidrati, grassi essenziali, vitamine, sali minerali, ecc.)**

6 (7,7%) su 78 (100%) persone, utilizzano o hanno utilizzato questo integratore.

**Vantaggi:** Sostituto dei pasti completo (50%), nutre il muscolo in modo completo (16,7%). Ha buon sapore (16,7%), e stimola la fame nei casi in cui la persona sia sottopeso e necessita di una dieta ipercalorica (66,7%). Il gainer è usato da atleti che necessitano di una dieta ipercalorica a secondo la loro attività sportiva, ed è capace di aumentare la massa muscolare (16,7%) e il recupero dopo l'allenamento (16,7%).

**Svantaggi:** Nessuno svantaggio (66,7%), solo rari casi di sovraccarico di reni e fegato (16,7%). Il prezzo è elevato (16,7%).

### **Creatina**

35 (44,9%) su 78 (100%) persone, utilizzano o hanno utilizzato questo integratore.

**Vantaggi:** La creatina è in grado di aumentare più velocemente il volume del muscolo, generando una massa muscolare maggiore (31,4%), stimolando molto la forza (48,6%) e riducendo il senso di fatica, per generare una potenza muscolare molto elevata (2,9%), rendendo il muscolo più resistente (5,7%). La forza che sviluppa questo integratore è apprezzabile soprattutto in termini di sprint (2,9%). La creatina ha aumentato le performance negli atleti che puntano ad uno sviluppo muscolare in termini di massa/volume e di forza (5,7%), quindi in tutti gli sport in cui si utilizzano dei pesi (body building, ecc). Da segnalare una maggior velocità di recupero post allenamento (20%), con aumento del peso corporeo (5,7%) e un effetto eccitante (2,9%).

**Svantaggi:** Numerosi svantaggi sono presenti, come una notevole ritenzione

idrica (28%), con effetto di muscolatura meno evidente (8,6%).L'aumento di liquidi nel corpo dovuto alla creatina può far aumentare la pressione arteriosa (5,7%) e la massa grassa (2,9%), quindi il peso della persona (2,9%). Può essere dannosa ai reni (2,9%) e dare problemi gastrointestinali, come diarrea (8,6%) e stitichezza (2,9%). La creatina può indurre una maggiore sudorazione (2,9%) e la sospensione dell'assunzione del prodotto porta a riduzione veloce della massa magra muscolare (2,9%). Il costo è elevato (8,6%).

### **Complesso vitaminico**

39 (50%) su 78 (100%) persone, utilizzano o hanno utilizzato questo integratore.

*Vantaggi:* Integratore di largo uso, ha evidenziato molti vantaggi, tra cui aiutano a sentirsi meglio (23%), più forti (2,6%), più resistenti (2,6%) e più energici (12,8%), anche se per alcuni si tratta di un effetto placebo (2,9%), rilevando inoltre in vari casi l'assenza di vantaggi apprezzabili (15,4%). In alcuni atleti questo insieme di vitamine aiutano ad affrontare meglio la giornata (2,6%). Il complesso vitaminico ha consentito una minor incidenza di malattie (7,7%), a causa di un incremento delle difese immunitarie (2,6%) mediate da questi micronutrienti. E' utilizzato molto da persone che seguono una dieta scorretta, per integrare eventuali carenze vitaminiche (17,9%). L'assunzione di tale prodotto ha aumentato la vitalità del soggetto (10,3%), la sua reattività (2,6%), stimolando perfino l'appetito (2,6%). Può migliorare le performance sportive (2,6%).

*Svantaggi:* Assenza di grossi svantaggi (66,7%), tuttavia si rileva: aumento della sete (2,6%), diuresi aumentata (2,6%), insonnia (2,6%), aumento della frequenza delle evacuazioni (2,6%), urine più colorate (15,4%) e prezzo elevato (2,6%).

### **Olio di pesce (DHA, EPA, Grassi omega 3)**

13 (16,7%) su 78 (100%) persone, utilizzano o hanno utilizzato questo integratore.

*Vantaggi:* Non ha evidenziato vantaggi apprezzabili (15,4%), tuttavia è usato per le sue capacità protettive cardiovascolari (7,7%) e costituisce un nutrimento di cui il nostro organismo ha fondamentale bisogno perché non è capace di sintetizzare da solo (7,7%). E' usato nelle diete povere di grassi (7,7%) in cui possono venire a mancare questi grassi essenziali apportati invece da questo olio. Da rilevare una diminuzione della stanchezza (7,7%), con aumenti di forza (7,7%) e di massa muscolare magra (7,7%). Si pensa che l'uso di tale sostanza regola i livelli di glucagone (7,7%), ed è considerato un prodotto antiinvecchiamento (7,7%) ed antiossidante (7,7%). L'uso dell'olio di pesce è conseguenza di notizie positive acquisite in vario modo (7,7%).

*Svantaggi:* Non vi sono svantaggi (76,9%), tuttavia se il prodotto non è di ottima qualità si possono avere problemi di scarsa digeribilità (7,7%).

### **ZMA (Zinco, Magnesio aspartato, Vitamina B6)**

Il (14,1%) su 78 (100%) persone, utilizzano o hanno utilizzato questo integratore.

*Vantaggi:* Prodotto di recente scoperta, è una miscela di tre micronutrienti: zinco, magnesio e vitamina B6. Lo ZMA ha aumentato i livelli generali di forza (18,2%) e di massa muscolare magra (18,2%), riducendo la stanchezza durante lo sforzo (9,1%), aumentando i livelli di testosterone nell'atleta (18,2%) e innalzando la velocità di recupero muscolare dopo lo sport (9,1%). Lo ZMA può aumentare il trofismo dei capelli (9,1%).

*Svantaggi:* Assenza di svantaggi (72,7%), tuttavia si lamenta solo una possibile insonnia (9,1%) e un prezzo elevato (9,1%).

### **Termogenici, Brucia-grassi (Esempio: Caffaina, Yohimbe, Guaranà, ecc.)**

23 (29,5%) su 78 (100%) persone, utilizzano o hanno utilizzato questo integratore.

*Vantaggi:* Sostanze che diminuiscono il grasso corporeo (47,8%), accelerando il metabolismo basale (13%), aumentando la reattività (4,4%), l'effetto dre-

nante (4,4%) e la perdita di liquidi (4,4%). Aiutano ad evidenziare la muscolatura (4,4%), come si dice in gergo sportivo si è più "definiti". Rende l'atleta più resistente (4,4%), sveglia (4,4%) e iperattivo (4,4%). Nei soggetti che assumono il guaranà, si rileva un aumento dell'attività sessuale (4,4%). In rari casi l'uso di questi integratori non ha portato vantaggi (4,4%).

**Svantaggi:** Molti svantaggi, tra cui: insonnia (4,4%), mal di testa (8,7%), ansia (4,4%), irascibilità (4,4%), tremori (4,4%), iperattività (8,7%), tachicardia (8,7%) e incremento della temperatura corporea (4,4%). Queste sostanze tolgono l'appetito (8,7%) e fanno ridurre la massa magra muscolare (4,4%), stimolando la diuresi (13%). Bassa digeribilità (4,4%), pirosi gastrica (4,4%) e astenia può essere presente (4,4%). L'abuso può portare ad ipereccitabilità con conseguente affaticamento neuromuscolare (4,4%).

## I LUOGHI DELL'EDUCAZIONE SANITARIA

L'educazione sanitaria dovrebbe partire da scuole e Università, con campagne informative svolte dal personale sanitario scolastico, con lezioni generali sullo sport, sottolineando che gli integratori sportivi sono utili solo in alcuni casi e sempre sotto controllo di un esperto capace valutare caso per caso l'atleta e l'attività sportiva che intende praticare. Tale campagna educativa dovrebbe essere fatta anche in palestre o centri sportivi e negli ambulatori di medicina dello sport, al momento del rilascio dell'attestato obbligatorio di sana e robusta costituzione per l'idoneità sportiva. In pochissime di queste strutture ambulatoriali è prevista la figura infermieristica (fatto appurato personalmente visitando ambulatori privati e non).

Sarebbe auspicabile un'educazione sanitaria anche nelle caserme, ad opera degli infermieri della medicheria militare, e in ogni tipo di manifestazione sportiva, dove spesso la figura infermieristica è presente in appositi stand. Da qui nasce la necessità di un infer-

miere nel territorio e negli ambulatori di medicina dello sport.

## TRE LIVELLI DI EDUCAZIONE SANITARIA ANTI-DOPING

♦ **Primaria**, nei confronti sia dell'atleta sano amatoriale e professionista che non usa complementi alimentari, ne sostanze dopanti, sia nella persona che non pratica sport. Scopo principale sarà educare queste persone con campagne informative sui possibili effetti positivi e negativi derivati dall'uso e all'abuso di tali sostanze, per limitarne l'incidenza ovvero la diffusione e l'utilizzo.

♦ **Secondaria**, che tende a ridurre la prevalenza, ed è diretta allo sportivo amatoriale, professionista e al non sportivo che usa queste sostanze, integratori o non, senza accusarne effetti avversi, spiegando loro a cosa possono andare incontro attraverso un uso incongruo di tali sostanze e facendogli notare se stanno sconfinando in pratiche sportive illecite e al fine di evitare danni alla salute.

♦ **Terziaria**, per coloro ormai vittima di effetti collaterali dannosi da uso di integratori o sostanze dopanti illecite. La terapia sarà medica con la sospensione di tali sostanze ed eventuale assistenza psicologica sui motivi alla base dell'uso di queste sostanze.

## CONCLUSIONI

L'integrazione alimentare sportiva ha raggiunto una larga diffusione a causa di un mercato che pubblicizza queste sostanze come false "panacee" e non essendoci divieti di vendita su tali prodotti, spesso se ne fa un uso incongruo, soprattutto a causa di carenze informative da parte del singolo utilizzatore. Questi prodotti se usati in determinati contesti e situazioni senza controllo da parte di un esperto del campo, possono risultare dannosi per la salute e infrangere addirittura l'attuale legge anti-doping.

Se il doping tocca un tema serissimo ed importante come la tutela della salute degli individui, è giusto e corretto che di esso si interessino le grandi strutture

ospedaliero, i medici e gli infermieri, i soli in grado di dare una risposta concreta alla richiesta di un vasto pubblico di praticanti non agonisti: 12 milioni di persone (statistiche Istat) completamente abbandonate a se stesse e sul quale fiorisce il grande mercato della farmacia proibita.

Nasce quindi la necessità di un'educazione sanitaria anti-doping affidata ai vari operatori sanitari, tra cui l'infermiere, partendo dall'integrazione ali-

mentare, che rappresenta l'unica vera via per la prevenzione di patologie correlate al doping.

## AUTORI

*Infermiere Massimo Giordani  
(studente Corso di Laurea  
in Infermieristica a.a. 2004/05)  
Prof. Vincenzo Marchetti  
(relatore tesi di Laurea)*

# bibliografia

- 1 Boccia, A., Ricciardi, G. Igiene e Medicina Sociale, II Edizione, pp. 14 e 186, Idelson-Gnocchi, Napoli, 2001.
- 2 Aceto, C. "Fattore massa", in Muscle & Fitness, Marzo 2000, 101, pp. 43 - 49.
- 3 Collegio IPASVI. Il Codice Deontologico degli Infermieri.
- 4 Di Pasquale, M. "Alla ricerca del re dei brucia grassi", in Olympian's News, Marzo/Aprile 2000, 40, p. 63.
- 5 Jose, A. "Massima idratazione", in Muscle & Fitness, Ottobre 1999, 96, pp.122 - 123.
- 6 Jose, A. "Controllare i danni", in Muscle & Fitness, Febbraio 2000, 100, p. 120.
- 7 Jose, A. "Creatina: accuse francesi", in Muscle & Fitness, Giugno 2001, 115, pp. 126 - 128.
- 8 Krumm, J. E. "Cibi di potenza", in Muscle & Fitness, Ottobre 1999, 96, p. 38.
- 9 Redazione di Muscle & Fitness e del suo gruppo di ricerca, "Energia da aminoacidi", in Muscle & Fitness, Settembre 2001, 117, p. 158.
- 10 Rowley, B. "Farmaci brucia-grassi: un nuovo clan", in Muscle & Fitness, Giugno 2000, 104, p. 79.
- 11 Rowley, B. et al, "Proteine", in Muscle & Fitness, Giugno 2001, 115, pp. 92 - 98.
- 12 Rowley, B. "Smaltimento Chimico", in Muscle & Fitness, Giugno 2001, 115, p. 74.
- 13 Shugarman, A. E. "Rapporto sugli integratori", in Muscle & Fitness, Marzo 2001, 112, pp. 44 - 52.
- 14 Wright, J. "The Wright Stuff", in Flex, Gennaio/Febrero 2001, 31, pp. 130 - 134.

## SITI INTERNET:

[www.abc-fitness.com/artic/olpesce.htm](http://www.abc-fitness.com/artic/olpesce.htm)  
[www.albanesi.it/alimentazione/alim3.htm](http://www.albanesi.it/alimentazione/alim3.htm)  
[www.alltrainer.it/articoli/zma.htm](http://www.alltrainer.it/articoli/zma.htm)  
[www.coni.it/fileadmin/template/main/new\\_coni/antidoping/legge.pdf](http://www.coni.it/fileadmin/template/main/new_coni/antidoping/legge.pdf)  
[www.erboristeriaedaltro.com/supplementi%20omega%20e%20acidi%20grassi.htm](http://www.erboristeriaedaltro.com/supplementi%20omega%20e%20acidi%20grassi.htm)  
[www.italiasalute.it/erboristeria/oliodi-pesce.asp](http://www.italiasalute.it/erboristeria/oliodi-pesce.asp)  
[www.ministerosalute.it/alimenti/dietetica/dieApprofondimento.jsp?lang=italiano&abel=int&id=59](http://www.ministerosalute.it/alimenti/dietetica/dieApprofondimento.jsp?lang=italiano&abel=int&id=59)  
[www.oism.info/it/alternative\\_naturali/olio\\_di\\_pesce\\_contro\\_depressione\\_maniacale.htm](http://www.oism.info/it/alternative_naturali/olio_di_pesce_contro_depressione_maniacale.htm)  
[www.sportpro.it/doping/news/2005/01.htm#camillo](http://www.sportpro.it/doping/news/2005/01.htm#camillo)

---

# Gli strumenti informativi ed operativi infermieristici nell'Unità Operativa: i riferimenti normativi

---

di Carlo Turci

## INTRODUZIONE: LO SCENARIO DI RIFERIMENTO

**L**o scenario nel quale ci troviamo ad operare in questa delicata fase storica del Servizio Sanitario è indiscutibilmente caratterizzato da uno scarto crescente tra bisogni espressi e risorse disponibili. Molte aziende sanitarie, pubbliche e private, per svolgere efficacemente il proprio ruolo di erogazione di prestazioni sanitarie, ritengono di dover compiere uno sforzo per migliorare la qualità del servizio offerto. Si tratta di una scelta, per certi versi, obbligata, tenuto conto dei cambiamenti in atto, tra i quali troviamo:

- gli alti costi dei servizi, delle prestazioni e l'esigenza del Governo di abbattere il debito pubblico tagliando le spese;
- la difficoltà della P.A. a fornire risposte adeguate alla domanda di servizi da parte del cittadino, servizi sempre più complessi e diversificati ;
- l'aumento delle aspettative dei cittadini nei confronti delle prestazioni sanitarie, riguardanti, oramai, non solo gli aspetti medici in senso stretto, ma anche molteplici altri elementi, come la disponibilità di informazioni sanitarie e logistiche, i rapporti con gli operatori, l'adeguatezza del vitto e dell'alloggio, l'igiene, l'utilizzazione del tempo, le procedure burocratiche;
- la trasformazione del mercato del lavoro e delle professioni, nonché le difficoltà degli operatori, anche se dotato di buona volontà, a concretizzare le aspettative professionali al

fine di garantire e migliorare la qualità del servizio;

- la rivoluzione culturale che nell'ultimo decennio ha coinvolto tutti i professionisti ed in particolare la professione infermieristica come mai prima era successo: una professione cresciuta, finalmente adulta ed autonoma. Le tappe sono rappresentate dalla legge 341/90 ed il successivo Decreto Ministeriale del 1992 sull'attivazione del diploma universitario, il Decreto Legislativo 502/92 e 517/93, il Profilo Professionale con il Decreto Ministeriale 739/94 che per primo riconosce la specificità del nostro ruolo professionale, la legge 42/99 che abroga il mansionario e codifica l'autonomia professionale degli infermieri, la legge 251/00 che istituisce la dirigenza infermieristica e la legge 1/2002 sull'emergenza infermieristica. Di grande impatto è stata la riforma della formazione universitaria definita dal decreto 3 novembre 1999, n. 509 e che ha previsto diverse tappe nel percorso formativo. In particolare il Corso di laurea Specialistica in Scienze infermieristiche fornisce le basi per sviluppare a livello elevato, e in più contesti clinico - assistenziali, la capacità di analizzare i bisogni, pianificare, progettare e gestire interventi, valutare e fare ricerca.

Certo è che il gruppo infermieristico potrà assumere un ruolo significativo nella trasformazione organizzativa in atto solo in presenza di una diffusa consapevolezza in merito alle possibilità derivanti dal riordino del SSN, di un orien-



tamento, anche personale, verso il cambiamento e soprattutto attraverso la concreta dimostrazione del potenziale professionale nell'ambito del raggiungimento dei fini istituzionali delle aziende sanitarie.

Partendo dall'assunto che ogni processo che implichi un cambiamento organizzativo offre di per sé l'opportunità di modificare, in senso migliorativo, situazioni consolidate nel tempo, si capisce quanto, oggi più che mai, sia indispensabile cogliere e sfruttare tale occasione anche per incentivare l'ormai avviato processo di professionalizzazione infermieristica. (Fumagalli et al., 1998)

## GLI STRUMENTI INFORMATIVI ED OPERATIVI

In questo ambito l'attenzione del professionista deve rivolgersi verso la qualità delle sue prestazioni, qualità che costituisce il punto centrale della sua responsabilità verso l'utente/paziente. Il modello infermieristico per

tanti documenti troviamo:

- linee guida (mirano allo sviluppo di un processo di risoluzione dei problemi articolato per scopi e obiettivi, con l'intento di divulgare il consenso inerente alcune pratiche cliniche e di trattamento o norme comportamentali. Sono indicazioni che orientano l'operatore nello scegliere in modo consapevole la migliore opzione possibile nell'agire e ciò che è di provata efficacia.)
- protocolli (insieme di azioni professionali finalizzate ad un obiettivo Il protocollo assistenziale traduce in modo scientifico la pratica ed esperienza quotidiana e descrive una successione di azioni fisiche, mentali, verbali con le quali un Infermiere raggiunge un determinato obiettivo.)
- procedure (un documento scritto che illustra lo svolgersi del processo, riportando tutto ciò che è necessario entri in giuoco per conseguire un obiettivo e risponde, in genere a queste domande: perché, chi, cosa, come, quando, dove.) (Leonardi, 2000)



prestazioni si qualifica e si valida attraverso la ricerca di strumenti informativi ed operativi di orientamento, indicazione, controllo, verifica e valutazione della condotta professionale e del grado di qualità della prestazione. Tra

- standard (indicatore dotato di un valore soglia con riferimento al quale una determinata situazione si ritiene adeguata, che viene riconosciuto in una norma ) (Montefalcone, 1999)
- check – list (elenco di domande uti-

lizzato per valutare un processo, un prodotto o un servizio),

- flow chart (rappresentazione di un processo)
- istruzione operativa (documento che descrive come si eseguono alcune attività, es.: come usare un'apparecchiatura, come riempire un modulo)
- job description (descrizione di attività)

In questo contesto il concetto di responsabilità viene tradotto dagli infermieri come volontà e necessità di documentare per scritto le attività che devono essere svolte, di effettuare ciò che è stato scritto e di registrare quotidianamente ciò che è stato fatto; questo consente di evidenziare oggettivamente il servizio erogato e di definire i propri ambiti di competenza. Il miglioramento, invece, è l'elemento motore che consente il passaggio dalla tradizione orale alla tradizione scritta, favorendo il superamento di abitudini talvolta consolidate promuovendo la crescita professionale. (Baccilieri, 1999). Ed allora riprendendo la definizione di Taddia, potremmo affermare che la documentazione infermieristica rappresenta l'insieme dei documenti in cui sono contenuti in forma scritta gli elementi utili all'infermiere per programmare, effettuare e valutare le prestazioni infermieristiche erogate in un contesto organizzativo.

Quindi l'impiego della documentazione diviene indispensabile per trasportare gli infermieri da un ambito di azione tecnica a quello di registrazione del pensiero, che si esplica attraverso l'individuazione di problemi di competenza infermieristica, la predisposizione del piano di assistenza e la valutazione dei risultati. (Camani, 1996)

Per questo la documentazione infermieristica deve essere indirizzata a:

- documentare la programmazione e l'esecuzione degli interventi, nonché registrare i risultati assistenziali;
- favorire l'approccio professionale ai problemi specifici di salute che sono diversi in base alla tipologia di paziente ed al contesto sanitario. L'approccio professionale è inteso come argomentazione professionale volto a rilevare

informazioni e dati per valutare problemi di salute, programmare e pianificare interventi, attuarli e valutarne i risultati;

- favorire un approccio multi professionale che tenga conto delle interrelazioni e reciprocità esistenti tra le diverse professioni che costituiscono l'equipe sanitaria;
- favorire il rispetto di aspetti rilevanti da un punto di vista giuridico, quali ad esempio la regolare compilazione, il rispetto delle norme di riservatezza e di conservazione, nonché trasmissione di informazioni;

E' evidente che una corretta e adeguata documentazione infermieristica, in quanto documento formale dell'agire professionale, è importante ai fini dello sviluppo professionale sia per gli ambiti di formazione che di ricerca. (Taddia, 2000)

## **RICHIAMI LEGISLATIVI**

L'evoluzione dell'assistenza, il riconoscimento della maggiore centralità della persona nel percorso di cura e l'affermazione del nursing come disciplina autonoma, fanno sì che sempre più l'infermiere sia il protagonista del ragionamento diagnostico e del cammino terapeutico, con la conseguente necessità di uno strumento nuovo e completo.

L'infermiere, come contemplato dal Profilo Professionale - D.M. n. 739/1994, "...è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica. L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria. L'infermiere partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività, identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; garantisce la corretta ap-

plicazione delle prescrizioni diagnostiche terapeutiche; agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali...". Viene confermato che per espletare le proprie funzioni, l'infermiere deve attuare il processo di assistenza infermieristica che si realizza nel piano di assistenza, strumento in cui si documenta l'attività del professionista per la soddisfazione dei bisogni del paziente / utente.

Ancor prima un cenno normativo, anche se velato, della documentazione infermieristica si ha con la legge 795/1973 "Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo sull'istruzione e formazione delle infermiere, adottato a Strasburgo il 25 ottobre 1967" – che identificava tra le funzioni dell'infermiera quello di "... osservare le condizioni o gli stati fisici ed emotivi che provocano importanti ripercussioni sulla salute, e comunicare tali osservazioni agli altri membri del gruppo sanitario...", ed al DPR n. 225/1974 (noto come "il mansionario dell'infermiere") che ravvisava fra le attribuzioni di carattere organizzativo e amministrativo "...la registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio, nonché la tenuta e la compilazione dei registri e dei moduli di uso corrente..."

Ulteriore indicazione viene dal DPR n. 384/1990 (CCNL per il personale del comparto del SSN) dove la cartella infermieristica è espressamente prevista nell'ambito dei programmi di miglioramento dell'assistenza nonché di audit per i progetti di valutazione della qualità dei servizi e delle prestazioni.

Altro richiamo è mostrato dal Nomenclatore Tariffario Minimo Nazionale degli onorari e dei compensi per le prestazioni e le attività infermieristiche che prevede "...l'elaborazione e la gestione del dossier di assistenza...". Tale indicazione conferma che anche in attività libero professionale l'infermiere deve documentare e registrare la sua attività.

Anche la legge 251/00 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tec-

*niche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica",* esprime indicazioni in merito alla documentazione. "...Gli operatori delle professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando funzioni individuate dai profili professionali e dai codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza

Il Ministero della Sanità emana linee guida per l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata..."

Riferimenti interessanti che ravvisano gli strumenti informativi ed operativi di orientamento sono il D.Lgvo 229/99 ed il Piano Sanitario Nazionale 1998 – 2000, che stabiliscono le premesse e definiscono gli obiettivi del *Programma Nazionale per le Linee Guida* (PNLG), coordinato dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali e dall'Istituto superiore di sanità. Propongono l'adozione di Linee Guida come richiamo all'utilizzo efficiente ed efficace delle risorse disponibili e come miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni. Compiti specifici sono quelli di produrre informazioni utili a indirizzare le decisioni degli operatori, clinici e non, verso una maggiore efficacia ed appropriatezza, oltre che verso una maggiore efficienza nell'uso delle risorse; renderle facilmente accessibili; seguirne l'adozione esaminando le condizioni ottimali per la loro introduzione nella pratica; valutarne l'impatto, organizzativo e di risultato.

Anche il Consiglio d'Europa, Comitato dei Ministri, nella Raccomandazione n.° R (97) 17 *Sullo sviluppo e l'attivazione di sistemi di miglioramento della qualità (smq) dell'assistenza sanitaria*, in premessa, notando che il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria è una priorità chiave per tutti gli stati membri, specialmente nell'attuale

situazione di carenza di risorse economiche e di riduzione dei fondi per la sanità, e definisce il Sistema per il Miglioramento della Qualità come un "insieme di attività e di misurazioni integrate e progettate a vari livelli nell'organizzazione sanitaria, che tende a garantire ed a migliorare di continuo la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti". Anche in questa indicazione si ravvisano gli strumenti informativi ed operativi di condotta professionale.

Infatti i professionisti e le istituzioni sanitarie hanno la responsabilità di garantire e migliorare sistematicamente la buona qualità dell'assistenza fornita ai pazienti, attraverso i cosiddetti "Sistemi di Miglioramento della Qualità" che possono essere visti come un insieme di procedure, misure ed azioni tese a garantire che l'assistenza fornita ai pazienti osservi dei criteri specifici, ora ed in futuro. Queste procedure, queste azioni riguardano l'insieme del processo assistenziale, dall'identificazione di un bisogno sanitario in un paziente agli esiti delle cure prestate. Per gli operatori sanitari, le professioni o le istituzioni esse sono uno strumento per l'apprendimento con-

tinuo e per il miglioramento dell'assistenza.

A rafforzare l'indicazione per l'uso della documentazione infermieristica è la lettura del DPR n. 37/1997, che identifica e descrive i criteri di accreditamento delle organizzazioni che erogano servizi sanitari. Questo recita che "...devono essere predisposte con gli operatori delle linee guida che indichino il processo assistenziale con il quale devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità... ", che, "...Il personale deve essere informato dell'esistenza di questi documenti..." e che "...Simili documenti devono essere predisposti anche per attività quali...modalità di compilazione e archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria".

Non per ultimo, si riporta il Codice Deontologico rivisto dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI nel 1999, che all'art 4, relativamente alla documentazione recita:

L'infermiere assicura e tutela la riservatezza delle informazioni relative alla persona. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati si limita ciò che è



pertinente all'assistenza;

L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi

L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che l'assistito ripone in lui.

Sono chiare le citazioni al segreto professionale, alla tutela dei dati personali del paziente / utente, e all'uso della documentazione infermieristica, che dichiara le modalità di gestione della presa in carico dell'assistito e l'assistenza erogata. Da non sottacere tutta la problematica legata alla legge n. 675 /96 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

In ogni citazione espressa, la documentazione e la registrazione scritta delle attività assistenziali rappresenta un elemento di qualità e di efficienza, fondamentale nell'espletamento della professione. Ma è altrettanto vero che viene meno a tutt'oggi, l'obbligo giuridico generale che impone alle strutture pubbliche o private, l'uso della documentazione infermieristica ed in particolare la cartella infermieristica, come è avvenuto per la cartella clinica ( art. 5 e 7 del DPR 128/1969 e l'art. 24 del Dm 5 agosto 1997), nonché una norma che definisca la cartella infermieristica e ne regoli l'utilizzo e la conservazione. (Gamba,1999)

Non è da sottacere anche quanto citato dal Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria nel nota prot. 100/SCPS/3.9814, 17 giugno 1992 dal titolo *La cartella clinica: estratto dalle linee di guida ministeriali: la compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera*. La cartella clinica costituisce lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero. Questa viene definita "il chi, cosa, perché, quando e come dell'assistenza al paziente nel corso dell'ospedalizzazione". Ciascuna cartella deve rappresentare l'intero episodio di ricovero del paziente, dal momento dell'accetta-

zione del paziente al momento della dimissione del paziente. Si conferma, quindi, che la documentazione delle attività rappresenta un motivo di confronto importante fra i professionisti, non solo medici, poiché tale necessità va confrontata con una consuetudine infermieristica fortemente orientata alla pratica e comunque con modalità e regole disomogenei.

Quindi la documentazione infermieristica, parimenti a tutti gli atti che provano e certificano l'attività professionale verso il paziente / utente, ha comunque una rilevanza giuridica e sicuramente, la componente cartacea costituisce l'interfaccia dell'attività degli operatori, indipendentemente dalla previsione normante. A tal proposito in una sentenza del Pretore di Firenze (Tronconi, 1998) la documentazione infermieristica è stata ritenuta, ai fini della risoluzione del caso, più puntuale e ampiamente attendibile rispetto a quella medica.

In particolare l'art. 2699 CC recita che "l'Atto Pubblico è il documento redatto, con le richieste formalità, da un notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli fede pubblica nel luogo dove l'atto è formato", e l'art. 2700 CC determina che "l'Atto Pubblico fa piena prova fino a querela di falso, della provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha redatto, nonché delle dichiarazioni fatte dalle parti e degli altri fatti che il pubblico ufficiale attesta essere venuti in sua presenza o da lui compiuti". Allora è evidente che le singole annotazioni, effettuate dagli infermieri (definiti come incaricati di pubblico servizio ), assumono autonomo valore documentale e, pertanto, acquistano efficacia giuridica appena vengono trascritte, esponendo, così, a responsabilità penale ex art. 476 e 479 CP (falso ideologico e falso materiale) chiunque successivamente ne alteri il contenuto.

Va affermato, inoltre, l'obbligatorietà di prendere cognizione delle fonti scritte, delle regole di esperienza che governano l'attività ovunque siano esse sancite, ovvero in leggi, regolamenti, ordini e di-

scipline. Infatti la Corte di Costituzionale (sentenza n. 360 del 1998) ha espressamente affermato che per colui che eserciti professionalmente una determinata attività esiste un onere qualificato di presa di cognizione delle regole, per cui la loro mancata conoscenza non potrà mai essere invocata a difesa del proprio operato.

Il campo per la gestione degli strumenti informativi ed operativi infermieristici nell'Unità Operativa è quanto mai aperto ed infatti risulta che in alcune strutture sanitarie la documentazione infermieristica è uno strumento di lavoro per i professionisti, mentre in altre la documentazione non viene adottata. Un invito pertanto a tutti coloro che continuano a sostenere la non legittimità degli atti infermieristici, a ripensarci, e ad attivare concretamente nelle Aziende

sanitarie l'ufficializzazione dei documenti infermieristici e la loro strutturazione.

Per concludere una frase di Florence Nightingale che riassume chiaramente quanto scritto:

"...tutti coloro che debbono osservare ammalati e moribondi dovrebbero riflettere sul passato, cercando di registrare fra le loro osservazioni i segni precursori di tali ricadute, accessi o morti, invece di asserire che non ve ne erano, o che erano fallaci".

## AUTORI

*Dr. Carlo Turci, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea - Roma*

# bibliografia

Baronio Virginia (a cura di), *Il Protocollo Nella Pianificazione Sistemica Dell'assistenza Infermieristica*, 2a ed., Milano, Masson, 1996, pp. 96

Baccilieri C., "Certificazione Uni En Iso 9002, procedure e protocolli", *Professioni Infermieristiche*, 4, 1999, pp. 217 - 218

Bon G., Bustreo D., Bertoldo M., Maniscalco C., "Assistere, documentare, misurare", *Panorama della Sanità*, 18, 1999, pp.16 - 20

Breviglieri C. "Accreditamento delle procedure infermieristiche", *Professioni Infermieristiche*, 4, 1999, pp. 223 - 224

Camani M. et al., "Linee Guida per la progettazione e la stesura della cartella infermieristica", *Neu*, 3, 1996, pp. 55 - 63

Carpenito L., "La diagnosi infermieristica: ostacoli ed effettiva utilizzazione", *Mondo Infermieristico*, 1, 1998, pp. 7 - 10

Carpenito, L.J. *Piani di assistenza infermieri-*

*stica e documentazione*, Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2000

Casati M., *La documentazione infermieristica*, Milano, Mcgraw - Hill, 1999

Cazzaniga A., "Certificazione dell'assistenza infermieristica in ambito ospedaliero secondo le norme Uni En Iso 9001", *Professioni Infermieristiche*, 4, 1999, pp. 225 - 229

Cuggiani A., "La cartella clinica", *Infermiere Oggi*,

Cuggiani A., "La cartella infermieristica", *Infermiere Oggi*,

Codice Deontologico degli Infermieri, Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, febbraio 1999

Consiglio d'Europa, Comitato dei Ministri, nella Raccomandazione n.° R (97) 17 *Sullo sviluppo e l'attivazione di sistemi di miglioramento della qualità (smq) dell'assistenza sanitaria*.

De Risi P. (a cura), *Dizionario della Qualità*, Milano, Il Sole 24 ORE, 2001

Decreto del Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 739 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere"

Decreto 2 aprile 2001, allegato I/S. Classe delle lauree specialistiche nelle Scienze infermieristiche e ostetriche

D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225 "Modifiche al Regio decreto del 2 maggio 1940, n. 1310 sulle mansioni degli infermieri professionali ed infermieri generici"

D.P.R. 28 novembre 1990, n. 384 "Regolamento per il recepimento delle norme risultanti dalla disciplina prevista dall'accordo del 6 aprile 1990 concernente il personale del comparto del SSN"

D.P.R. 14 gennaio 1997, n. 37 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"

Fucci S., *La responsabilità nella professione infermieristica*, Milano, Masson, 1998

Fumagalli E., Lamborgia E., Magon G., Motta P.C., *La cartella infermieristica informatizzata*, Torino, Edizioni Medico Scientifiche, 1998

Fumagalli E., Plebani D., "Guida all'uso della scheda infermieristica", *Parliamone*, 4, 1996, pp. 6 - 7

Gamba D.V., "Documentazione infermieristica: obbligo o facoltà?", *L'infermiere*, 1, 1999, pp. 56 - 57

Gamba D.V., "Rischio professionale: malpractice e responsabilità", *Foglio Notizie*, 3, 1999, pp. 11 - 14

*Guida all'esercizio della professione di infermiere*, 3° ed., Torino, Edizioni Medico Scientifiche, 2002

Legge 795/1973 "Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo sull'istruzione e formazione delle infermiere, adottato a Strasburgo il 25 ottobre 1967"

Legge 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie"

Legge 251/00 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica"

Legge 1.2002 "Emergenza infermieristica"

Leonardi E., *Capire la qualità*, Milano, Il Sole 24 ORE, 2000

Lolli A., "Linee guida, standard, protocolli", Atti Corso - Convegno Nazionale, *L'infermiere Dirigente degli anni '90*, Orvieto 25 - 28 novembre 1992

Montefalcone M., "L'applicazione partecipata di standard", Atti Convegno, *Gli standard di qualità nei servizi sanitari*, Roma 27 - 29 maggio 1999

Moretto C. "Un progetto di formazione permanente per l'introduzione della cartella infermieristica in una realtà specifica", *Professioni Infermieristiche*, 4, 1992, pp. 8 - 18

Nomenclatore Tariffario Minimo Nazionale degli oneri e dei compensi per le prestazioni e le attività infermieristiche

Pin F., "La documentazione infermieristica come strumento di misurazione della complessità assistenziale e di pianificazione dell'assistenza", *Management Infermieristico*, 2, 2005, pp 36-42

Programma Nazionale per le Linee Guida (PNLG)

Rocco G., "Un nuovo volto per una professione nuova", *Infermiere Oggi*, 1, 2001, 1- 2

Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria, prot. 100/SCPS/3.9814, 17 giugno 1992 dal titolo *La cartella clinica: estratto dalle linee di guida ministeriali: la compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera*.

Taddia P., "Il parere della professione", *L'infermiere*, 1, 1999, p. 57

Taddia P., "La cartella tutto fare", *Gli Ospedali della vita*, 2, 2000, pp. 6 - 7

Tommasini C., "Nursing e risk management: la documentazione sanitaria", *Rischio Sanità*, 2, 2001, pp28 - 29

Tronconi L., "La cartella infermieristica", *NEU*, 2, 1998, pp. 20 - 21

Vanzetta M., Vallicella F., "Documentazione infermieristica e qualità", *Management Infermieristico*, 2, 2002, pp 35-39

---

## La riforma delle professioni sanitarie è legge

# Il punto di svolta

---

*Nuove possibilità di carriera, Dirigenza apicale, alta specializzazione, obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo. Arriva l'Ordine degli Infermieri*

**L**a tanto attesa riforma è realtà. Il 24 gennaio scorso la Camera dei Deputati ha approvato in via definitiva il Disegno di Legge "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione". La norma contiene inoltre la specifica "Delega al Governo per l'istituzione dei relativi Ordini Professionali".

Il testo, approvato l'11 novembre 2005 dal Consiglio dei Ministri e il 14 dicembre 2005 dal Senato, è frutto dell'integrazione di tre diversi Disegni di Legge ed è stato varato dal Parlamento con l'apporto di tutte le forze politiche e con votazione unanime. La nuova legge segna l'approdo della lunga rivendicazione dei 320 mila infermieri italiani che da molti anni attendevano il riconoscimento legislativo dello status di professionisti sanitari a tutto tondo.

La pervicace battaglia condotta dalla professioni sanitarie, in particolare dagli infermieri, vede finalmente riconosciuta la loro appartenenza al novero delle professioni intellettuali, con una formazione e un titolo universitari, un ordine professionale che ne tutela dignità e rappresentatività, una garanzia di professionalità in più per loro stessi e per i destinatari delle prestazioni: i cittadini.

Per gli infermieri si apre una nuova possibilità di carriera sostenuta da un percorso di formazione obbligatoria di elevato livello, attraverso il conseguimento del Master specialistico in Management, con l'opportunità di un successivo riconoscimento economico. In pratica, la nuova legge equipara gli attuali Caposala che conseguano il titolo universitario in Management alle altre figure dirigenziali sanitarie all'interno delle Unità Operative. Inoltre, viene riconosciuto il massimo livello della Dirigenza per gli infermieri in possesso del titolo di laurea quinquennale che rende così possibile l'accesso alla Dirigenza apicale.

La legge di riforma delle professioni sanitarie ribadisce altresì l'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo professionale per poter esercitare la professione infermieristica su tutto il territorio nazionale, la qualifica di professione intellettuale e conferisce una specifica delega al Governo per la trasformazione dei Collegi in Ordini Professionali. Una legge di cui gli infermieri si attendono ora una rapida e concreta applicazione, che potrà determinare cambiamenti importanti nei servizi sanitari resi ai cittadini, soprattutto in virtù dell'introduzione della figura specialistica dell'infermiere esperto clinico. Gli infermieri assumono così nuove competenze e responsabilità aggiuntive destinate a migliorare la qualità dei servizi sanitari e, in particolare, dell'assistenza. Conseguendo il Master in Management, po-



tranno gestire al meglio le risorse umane ed economiche sulla base di conoscenze specifiche, diversamente da quanto avvenuto finora con il solo criterio dell'anzianità di servizio. Inoltre, la riconosciuta obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo professionale fornisce ai cittadini un'ulteriore garanzia di sicurezza e competenza.

Gli infermieri salutano con gioia anche l'istituzione degli Ordini Professionali per le altre professioni sanitarie (22 i Profili interessati nelle aree: infermieristica, ostetrica, tecnico-sanitaria, riabilitazione, prevenzione) e sottolineano il valore della votazione unanime con cui le forze politiche rappresentate in Parlamento hanno approvato la legge.

Oggi, con orgoglio, possiamo dire che gli infermieri sono cresciuti ancora. E che i cittadini godranno di questo nuovo status legislativo in termini di prestazioni sanitarie di più elevata qualità. Un passo avanti importante per tutti, per la sanità del nostro Paese, per quanti vivono in prima persona i due fronti dell'assistenza: chi la fornisce e chi la riceve.

## LA NUOVA LEGGE

Ecco di seguito il testo integrale della legge intitolata *"Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali"*.

### ARTICOLO 1 (Definizione)

1. Sono professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, quelle previste ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 118 del 23 maggio 2001, i cui operatori svolgono, in forza di un titolo abilitante rilasciato dallo Stato, attività di prevenzione, assistenza, cura o riabilitazione.
2. Resta ferma la competenza delle regioni nell'individuazione e formazione dei profili di operatori di interesse sanitario non riconducibili alle

professioni sanitarie come definite dal comma 1.

3. Le norme della presente legge si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano in quanto compatibili con i rispettivi statuti speciali e le relative norme di attuazione.

### ARTICOLO 2 (Requisiti)

1. L'esercizio delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, è subordinato al conseguimento del titolo universitario rilasciato a seguito di esame finale con valore abilitante all'esercizio della professione. Tale titolo universitario è definito ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lettera c), e valido sull'intero territorio nazionale nel rispetto della normativa europea in materia di libera circolazione delle professioni ed è rilasciato a seguito di un percorso formativo da svolgersi in tutto o in parte presso le aziende e le strutture del Servizio sanitario nazionale, inclusi gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), individuate dalle regioni, sulla base di appositi protocolli d'intesa tra le stesse e le università, stipulati ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Fermo restando il titolo universitario abilitante, il personale del servizio sanitario militare, nonché quello addetto al comparto sanitario del Corpo della guardia di finanza, può svolgere il percorso formativo presso le strutture del servizio stesso, individuate con decreto del Ministro della salute, che garantisce la completezza del percorso formativo. Per il personale addetto al settore sanitario della Polizia di Stato, alle medesime condizioni, il percorso formativo può essere svolto presso le stesse strutture della Polizia di Stato, individuate con decreto del Ministro dell'interno di concerto con il Ministro della salute, che garantisce la completezza del percorso formativo.
2. Gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea di cui al comma 1 sono definiti con uno o più decreti del Ministro dell'istruzione, dell'università e della

ricerca, di concerto con il Ministro della salute, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni. L'esame di laurea ha valore di esame di Stato abilitante all'esercizio della professione. Dall'applicazione delle disposizioni di cui al presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le università possono procedere alle eventuali modificazioni dell'organizzazione didattica dei corsi di laurea già esistenti, ovvero all'istituzione di nuovi corsi di laurea, nei limiti delle risorse a tal fine disponibili nei rispettivi bilanci.

3. L'iscrizione all'albo professionale è obbligatoria anche per i pubblici dipendenti ed è subordinata al conseguimento del titolo universitario abilitante di cui al comma 1, salvaguardando comunque il valore abilitante dei titoli già riconosciuti come tali alla data di entrata in vigore della presente legge.
4. L'aggiornamento professionale è effettuato secondo modalità identiche a quelle previste per la professione medica.
5. All'articolo 3-bis, comma 3, lettera b), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «, ovvero espletamento del mandato parlamentare di senatore o deputato della Repubblica nonché di consigliere regionale».
6. All'articolo 16-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo il comma 2 è aggiunto il seguente: « 2-bis. I laureati in medicina e chirurgia e gli altri operatori delle professioni sanitarie, obbligati ai programmi di formazione continua di cui ai commi 1 e 2, sono esonerati da tale attività formativa limitatamente al periodo di espletamento del mandato parlamentare di senatore o deputato della Repubblica nonché di consigliere regionale».

### **ARTICOLO 3 (Istituzione degli Ordini delle Professioni sanitarie)**

1. In ossequio all'articolo 32 della Costi-

tuzione e in conseguenza del riordino normativo delle professioni sanitarie avviato, in attuazione dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, nonché delle riforme degli ordinamenti didattici adottate dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, al fine di adeguare il livello culturale, deontologico e professionale degli esercenti le professioni in ambito sanitario a quello garantito negli Stati membri dell'Unione europea, la presente legge regola le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, nel rispetto dei diversi iter formativi, anche mediante l'istituzione dei rispettivi ordini ed albi, ai quali devono accedere gli operatori delle professioni sanitarie esistenti, nonché di quelle di nuova configurazione.

### **ARTICOLO 4 (Delega al Governo per l'istituzione degli Ordini ed Albi professionali)**

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi al fine di istituire, per le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, i relativi ordini professionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nel rispetto delle competenze delle regioni e sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi: a) trasformare i collegi professionali esistenti in ordini professionali, salvo quanto previsto alla lettera b) e ferma restando, ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del citato decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, l'assegnazione della professione dell'assistente sanitario all'ordine della prevenzione, prevedendo l'istituzione di un ordine specifico, con albi separati per ognuna delle professioni previste dalla legge n. 251 del 2000, per ciascuna delle seguenti aree di professioni sanitarie: area delle professioni infermieri-

stiche; area della professione osterica; area delle professioni della riabilitazione; area delle professioni tecnicosanitarie; area delle professioni tecniche della prevenzione; b) aggiornare la definizione delle figure professionali da includere nelle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, come attualmente disciplinata dal decreto ministeriale 29 marzo 2001; c) individuare, in base alla normativa vigente, i titoli che consentano l'iscrizione agli albi di cui al presente comma; d) definire, per ciascuna delle professioni di cui al presente comma, le attività il cui esercizio sia riservato agli iscritti agli ordini e quelle il cui esercizio sia riservato agli iscritti ai singoli albi; e) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un unico ordine per due o più delle aree di professioni sanitarie individuate ai sensi della lettera a); f) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un ordine specifico per una delle professioni sanitarie di cui al presente comma, nell'ipotesi che il numero degli iscritti al relativo albo superi le ventimila unità, facendo salvo, ai fini dell'esercizio delle attività professionali, il rispetto dei diritti acquisiti dagli iscritti agli altri albi dell'ordine originario e prevedendo che gli oneri della costituzione siano a totale carico degli iscritti al nuovo ordine; g) prevedere, in relazione al numero degli operatori, l'articolazione degli ordini a livello provinciale o regionale o nazionale; h) disciplinare i principi cui si devono attenere gli statuti e i regolamenti degli ordini neocostituiti; i) prevedere che le spese di costituzione e di funzionamento degli ordini ed albi professionali di cui al presente articolo siano poste a totale carico degli iscritti, mediante la fissazione di adeguate tariffe; l) prevedere che, per gli appartenenti agli ordini delle nuove categorie professionali, restino confermati gli obblighi di iscrizione alle gestioni previdenziali previsti dalle disposizioni vigenti.

2. Gli schemi dei decreti legislativi predisposti ai sensi del comma 1, previa acquisizione del parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono trasmessi alle Camere ai fini dell'espressione dei pareri da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia, che sono resi entro quaranta giorni dalla data di trasmissione. Decorso tale termine, i decreti sono emanati anche in mancanza dei pareri. Qualora il termine previsto per i pareri dei competenti organi parlamentari scada nei trenta giorni che precedono o seguono la scadenza del termine di cui al comma 1, quest'ultimo s'intende automaticamente prorogato di novanta giorni.

#### **ARTICOLO 5 (Individuazione di nuove professioni in ambito sanitario)**

1. L'individuazione di nuove professioni sanitarie da ricomprendere in una delle aree di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, il cui esercizio deve essere riconosciuto su tutto il territorio nazionale, avviene in sede di recepimento di direttive comunitarie ovvero per iniziativa dello Stato o delle regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale o nei Piani sanitari regionali, che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute.
2. L'individuazione è effettuata, nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla presente legge, mediante uno o più accordi, sanciti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e recepiti con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri.
3. L'individuazione è subordinata ad un parere tecnico-scientifico, espresso da apposite commissioni, operanti nell'ambito del Consiglio superiore di sanità, di volta in volta nominate dal

Ministero della salute, alle quali partecipano esperti designati dal Ministero della salute e dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e i rappresentanti degli ordini delle professioni di cui all'articolo 1, comma 1, senza oneri a carico della finanza pubblica. A tal fine, la partecipazione alle suddette commissioni non comporta la corresponsione di alcuna indennità o compenso né rimborso spese.

4. Gli accordi di cui al comma 2 individuano il titolo professionale e l'ambito di attività di ciascuna professione.
5. La definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni avviene evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse.

#### **ARTICOLO 6 (Istituzione della funzione di coordinamento)**

1. In conformità all'ordinamento degli studi dei corsi universitari, disciplinato ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, il personale laureato appartenente alle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, della presente legge, è articolato come segue: a) professionisti in possesso del diploma di laurea o del titolo universitario conseguito anteriormente all'attivazione dei corsi di laurea o di diploma ad esso equipollente ai sensi dell'articolo 4 della legge 26 febbraio 1999, n. 42; b) professionisti coordinatori in possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270; c) professionisti specialisti in possesso del

master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270; d) professionisti dirigenti in possesso della laurea specialistica di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 2 aprile 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 128 del 5 giugno 2001, e che abbiano esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni, oppure ai quali siano stati conferiti incarichi dirigenziali ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, e successive modificazioni.

2. Per i profili delle professioni sanitarie di cui al comma 1 può essere istituita la funzione di coordinamento, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. A tal fine, l'eventuale conferimento di incarichi di coordinamento ovvero di incarichi direttivi comporta per le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche interessate, ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, l'obbligo contestuale di sopprimere nelle piante organiche di riferimento un numero di posizioni effettivamente occupate ed equivalenti sul piano finanziario.
3. I criteri e le modalità per l'attivazione della funzione di coordinamento in tutte le organizzazioni sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private sono definiti, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con apposito accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministro della salute e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.
4. L'esercizio della funzione di coordinamento è espletato da coloro che siano in possesso dei seguenti re-

- quisiti: a) master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, rilasciato ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270; b) esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.
5. Il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, incluso quello rilasciato in base alla pregressa normativa, è valido per l'esercizio della funzione di coordinatore.
  6. Il coordinamento viene affidato nel rispetto dei profili professionali, in correlazione agli ambiti ed alle specifiche aree assistenziali, dipartimentali e territoriali.
  7. Le organizzazioni sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, nelle aree caratterizzate da una determinata specificità assistenziale, ove istituiscano funzioni di coordinamento ai sensi del

comma 2, affidano il coordinamento allo specifico profilo professionale.

#### **ARTICOLO 7 (Disposizioni finali)**

1. Alle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione già riconosciute alla data di entrata in vigore della presente legge continuano ad applicarsi le disposizioni contenute nelle rispettive fonti di riconoscimento, salvo quanto previsto dalla presente legge.
2. Con il medesimo procedimento di cui all'articolo 6, comma 3, della presente legge, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previa acquisizione del parere degli ordini professionali delle professioni interessate, si può procedere ad integrazioni delle professioni riconosciute ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.
3. La presente legge non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

## in pillole

### **NUOVA MATEMATICA PER IL DNA**

Sarà la matematica a decifrare e descrivere le differenze genetiche tra gli uomini. Ma per svelare gli effetti di una mutazione e capire come l'organismo si riorganizza serve una matematica "nuova". È la conclusione a cui è giunta "Models and methods for human genomics", la conferenza organizzata dalla Federazione Italiana di Matematica Applicata (FIMA) a Champoluc (Aosta) che ha chiamato a raccolta matematici, genetisti, informatici e biologi. Diverse ricerche, negli ultimi anni, hanno posto l'esigenza di modelli matematici più

adatti a studiare i sistemi viventi, molto dinamici e in grado di autorganizzarsi. Per lo studio dei fenomeni a livello genomico, è stato sviluppato un modello che descrive e simula il comportamento delle cellule. Un altro modello è stato formulato per individuare e visualizzare la struttura tridimensionale delle proteine che determina la funzione di queste. Alla conferenza di Champoluc è stato presentato un inedito approccio bioinformatico per l'analisi della minuscola porzione di genoma umano (lo 0,2%) che differenzia un individuo da un altro. Il confronto dei dati genomici con quelli clinico-patologici potrebbe rivelarsi particolarmente utile in oncologia nella messa a punto di nuovi metodi di prognosi.

---

# Gestione in sicurezza di tracheotomia d'urgenza: Case report

---

di A. Capasso, C. Turci, C. Dominici, R. Becelli, R. Morello

## RIASSUNTO

**G**li Autori descrivono il caso di una paziente sottoposta ad intervento chirurgico di tracheotomia d'urgenza, per insufficienza respiratoria grave, a seguito di un copioso ematoma del cavo orale, dopo un intervento demolitivo per neoplasia maligna.

Viene evidenziata la gestione analitica della cannula tracheotomica, effettuata in collaborazione tra medici e personale infermieristico, per poter ottenere, seppur per una patologia così grave, la completa restituito ad integrum in poco tempo.

E' infatti di fondamentale importanza il ruolo dell'infermiere nella gestione plurigiornaliera della cannula e dei suoi accessori, nonché nell'evidenziazione di eventuali secrezioni emorragiche o mucopurulente per prevenire episodi di broncospasmo o tappi bronchiali.

Se la gestione del paziente cannulato per patologie non laringee è effettuata con accuratezza, è possibile prevenire in tempo le eventuali sequele che si possono verificare e decannulare in breve tempo il paziente operato.

della trachea, con l'introduzione di un supporto di materiale alloplastico (cannula) per favorire la ventilazione (Fig. 1).

Occorre precisare che la tracheotomia differisce dalla tracheostomia; quest'ultima infatti consiste nell'abboccamento permanente della cartilagine di alcuni anelli tracheali alla cute, che viene effettuata dopo interventi chirurgici di ipofaringo/laringectomie totali (Fig. 2).

La tracheotomia, eseguita con tecniche chirurgiche molteplici in funzione dell'anatomia del collo del paziente, delle indicazioni temporanee o permanenti, può essere eseguita d'urgenza o programmata, temporanea, permanente o profilattica.

Le indicazioni principali per l'esecuzione di tracheotomie sono:

- insufficienza respiratoria grave per lesioni traumatiche e neoplasie del distretto maxillo-facciale e laringeo
- danni cerebrali
- lesioni iatrogene ricorrenti
- interventi di chirurgia parziale della laringe dell'orofaringe e del cavo orale
- edema acuto laringeo
- shock anafilattico.

## INTRODUZIONE

La tracheotomia consiste nell'apertura chirurgica della porzione anteriore

## MATERIALI E METODI

La cannula tracheale è composta da tre elementi :

- Cannula
- Mandrino
- Controcannula

La cannula serve a mantenere la pervietà della tracheotomia effettuata, permettendo lo scambio d'aria tra i polmoni e l'esterno; il mandrino è posizionato all'interno della cannula e facilita il posizionamento della stessa. La controcannulla viene inserita nella cannula dopo il suo normale posizionamento e serve a mantenere pulita quest'ultima, favorendo

la rimozione delle secrezioni che si producono, in regime di sicurezza e pervietà delle vie aeree. Fondamentale è la conoscenza, da parte del personale infermieristico, della differenza tra cannule cuffiate e non cuffiate e tra cannule fenestrate e non fenestrate, relativamente al loro utilizzo e gestione quotidiana:

**cannule cuffiate**  
 è fondamentale il controllo e il mantenimento di adeguati valori pressori a livello della cuffia, l'umidificazione dell'aria inspirata e il mantenimento di una corretta igiene dello stoma.

**cannule non cuffiate**  
 valutare il paziente a cannula chiusa iniziando lo svezzamento per decannulazione, con fonazione e respirazione e controllando l'evoluzione clinica del processo di riparazione, per seconda intenzione, dello stoma, con applicazione giornaliera di medicazioni compressive.

**cannule fenestrate:**  
 permettono una riabilitazione fono respiratoria del paziente pur

mantenendo la sicurezza della pervietà respiratoria e l'eventuale protezione per episodi di polmonite ab ingestis; usate nelle tracheotomie temporanee per chirurgia demolitiva del cavo orale e orofaringe e per la chirurgia ricostruttiva della laringe.

**cannula non fenestrata:**

utilizzata principalmente nell'attività di broncoaspirazione per evitare lacerazioni alla mucosa tracheale; nell'utilizzo devono essere riconosciuti tem-



Tracheotomia



Tracheostomia

pestivamente episodi emorragici o di ostacolo alla introduzione della controcannula.

## CASO CLINICO

La sig.ra M. R., di anni 57, è stata da noi sottoposta in urgenza, per insufficienza respiratoria grave, a tracheotomia intermembranacea tra il I-II anello tracheale, a seguito di un'emorragia post operatoria per un pregresso intervento demolitivo nel cavo orale.

E' stata posizionata una cannula tracheale n.8 cuffiata con relativa controcannula, ed è stata fissata alla cute con punti di sutura atraumatici riassorbibili.

L'anello tracheale cartilagineo inferiore è stato accostato al lembo cutaneo per facilitare il posizionamento della cannula, in caso di avulsione accidentale.

Sono stati controllati frequentemente, nell'immediato post operatorio, i valori pressori della cuffia, in quanto la paziente, sedata, era sottoposto a ventilazione controllata, ed è stata effettuata toilette della controcannula plurigiornaliera, con aspirazione delle secrezioni muco ematiche presenti.

In seconda giornata post operatoria la cannula, dopo essere stata scuffiata, è stata rimossa ed è stata effettuata una broncoaspirazione con lavaggio tracheo bronchiale per rimuovere i coaguli di sangue presenti, con soluzione fisiologica, broncodilatatori e cortisonici. E' stata quindi posizionata una cannula fenestrata cuffiata per iniziare lo svezzamento dal respiratore.

In questo periodo si è posizionato un filtro aria cannula sia per evitare l'immissione endotracheale di polveri sia per evitare la formazione di tappi mucosi; la paziente ha effettuato aerosol terapia con antibiotico e applicazione di umidificatore con acqua.

In quarta giornata è stato applicato un tappo alla cannula per favorire il ripristino della fonazione e respirazione.

In sesta giornata la paziente è stata

decannulata ed è iniziato il processo di medicazioni per la chiusura, per seconda intenzione, dello stoma chirurgico, ottenuto dopo 12 giorni.

Le medicazioni giornaliere comprendevano compressioni dei piani cutanei sottostanti, atte a restringere la breccia chirurgica fino alla completa chiusura delle cartilagini e degli anelli tracheali; quindi si procedeva sempre con la detersione giornaliera con amuchina in modo da affrontare i margini cutanei per chiudere la breccia esterna.

Durante questo periodo si raccomandava alla paziente di posizionare una mano tesa sulla medicazione, durante la fonazione o i colpi di tosse.

## CONCLUSIONI

La Tracheotomia è un atto chirurgico di fondamentale importanza per la salvaguardia della vita dei pazienti. Quando è effettuata in regime di urgenza/emergenza è l'unica tecnica chirurgica *quoad vitam*.

La preparazione del personale infermieristico, per la gestione completa della cannula tracheotomica, deve comprendere:

la prevenzione e la diagnosi tempestiva di tappi muco ematici endotracheali, i quali, ostruendo la pervietà della cannula, non permettono il passaggio dell'aria;

la detersione e la pulizia degli strumenti accessori, per evitare contaminazioni batteriche in un sito delicato quale è l'albero bronchiale;

la medicazione della cute peristomale, onde evitare piaghe decubitali che, infettandosi, potrebbero lacerare le strutture anatomiche adiacenti;

la conoscenza della giusta areazione e umidificazione per favorire la respirazione del paziente in aria ambiente.

Infine il personale infermieristico deve dedicare particolare attenzione nell'educare il paziente e i familiari alla convivenza con la cannula; in particolare deve mostrare loro le ma-



novre da seguire per l'igiene quotidiana della cannula stessa e dei suoi accessori, e deve insegnare la metodologia per riconoscere i campanelli d'allarme che devono portare il paziente a rivolgersi presso una struttura specializzata, nel più breve tempo possibile.

Generalmente con medicazioni appropriate si ottiene la chiusura completa della stomia in un periodo di circa 12 giorni. Nei casi dove residua una deiscenza tracheale si procederà ad una plastica in anestesia locale.

## AUTORI

*A. Capasso*

*Inf. Prof. - Az. Osp. Sant'Andrea - Roma*

*C. Turci*

*D.A.I. - Az. Osp. Sant'Andrea - Roma*

*C. Dominici, R. Becelli e R. Morello*

*MDS Chirurgia maxillo- facciale*

*Az. Osp. Sant'Andrea Roma*

# bibliografia

1. "Il manuale dell'Infermiere", L.S. Brunner/D.S. Sudarc - Ed. Piccini.
2. "L'assistenza respiratoria" AA. VV. Collana photobook - Ed Piccini.
3. Atti del convegno "Esperienza di trattamento multidisciplinare pre e post operatorio del paziente sottoposto a Laringectomia totale", a cura di S. Nosengo, A. Panero, 2001.
4. Atti del convegno "Congresso nazionale Infermieri e tecnici ORL", a cura di Giulio Bellioni, 2001
5. "Gestione della cannula tracheostomica", L. Zanovello, C. Ruffo et al. Infermieri Online 20-01-2004.
6. "La chirurgia oncologica della testa e del collo", Marzetti - De Campora, Ed. Piccin.
7. "Interventi di emergenza", H. D. Grant, R. H. Murray Jr., J. D. Bergeron - Ed. McGraw - Hill.
8. "Assistenza e trattamento del paziente chirurgico", M.H. Meeker, J.C. Rothrock - Ed. UTET.
9. [www.aooi.it/trache.pdf](http://www.aooi.it/trache.pdf)
10. [www.etudiantinfermier.com/index\\_orl.php](http://www.etudiantinfermier.com/index_orl.php)



### ALTRI SITI ITALIANI DI NUOVA NASCITA

Internet rimane ancora uno strumento di crescita e sviluppo, nonostante il boom degli scorsi anni; c'è chi avrebbe scommesso che si sarebbe arrestata l'ondata di novità in rete, soprattutto in Italia...per non parlare poi della realtà infermieristica! Invece, contro ogni previsione, ecco spuntare nuovi siti web, affiancati a nuovi progetti ed iniziative in campo infermieristico.

Ho qui raccolto una serie di siti web di recente nascita e dai buoni propositi, accanto ad un sito web storico ma poco conosciuto.

#### **GAVECELT:** <http://www.gavecelt.info>

E' un sito web dedicato agli "accessi venosi centrali a lungo termine". E' una associazione multidisciplinare nata nel 1998 ma, ovviamente, è conosciuta soprattutto agli addetti ai lavori; il sito web, nonostante sia attivo dal 1999, resta fuori dalle rotte dei motori di ricerca, e quindi non facilmente raggiungibile, se non lo si conosce. Un vero peccato, in quanto questo sito web rappresenta un vero punto di riferimento per chi, quotidianamente, si trova a gestire questo tipo di problematiche assistenziali. In particolare rilievo, le sezioni dedicate alle "linee guida" e ai documenti, raggruppati con ordine e metodicità. Molto comodo il calendario degli eventi organizzati sul territorio nazionale.

#### **Infermieri Italiani:**

<http://www.infermieritaliani.com>

Un sito web infermieristico italiano di nuova istituzione; prende vita proprio nei primi mesi del 2006! Sono molte le finalità dei fondatori (di cui, però, non sono esplicitati i nomi dei curatori): si comincia subito con una "prima pagina", che segnala notizie di carattere misto, sia notizie infermieristiche, che di sanità e salute o di interesse generale; ma i servizi di maggior rilievo sono le segnalazioni dei "concorsi",

dei "corsi Ecm", e il servizio di consulenza "chiedilo a noi" (una sorta di domanda e risposta a quesiti degli infermieri), oltre alla consueta raccolta di links selezionati per aree di interesse.

#### **Infermieri Attivi**

<http://www.infermieriattivi.it>

il sito si propone di essere un "portale di formazione e informazione infermieristica". Graficamente un po' disordinato, nasconde però una ricca area Download, in cui è possibile reperire linee guida, abstract di corsi/convegni, documenti vari in formato Word, documenti in Acrobat PDF, software ed anche libri e manuali di interesse infermieristico e medico.

E' presente anche un "forum studenti", in supporto ai studenti del Corso di Laurea in Infermieristica oppure a chi frequenta un Master.

Registrazione gratuita, ma necessaria per accedere ai contenuti.

#### **Agenzia F.A.D.** <http://www.agenziafad.it>

Il progetto web del collega emiliano Franco Ognibene, uno dei primi pionieri infermieri a provare la formazione a distanza dedicata alla professione infermieristica.

Attualmente non ci sono in essere corsi a distanza accreditati con il programma di Educazione Continua in Medicina, in quanto temporaneamente sospesi dal Ministero della Salute (fase sperimentale) ma il progetto va avanti in previsione del futuro sviluppo della Formazione a Distanza in regime Ecm.

Chi volesse approfondire l'argomento, oppure testare la piattaforma FAD proposta dal collega, può andare direttamente su <http://www.fadsanita.it> e testare i corsi proposti. Ricordatevi: è solo un TEST!!!

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

**CON LE ELEZIONI DEL 10, 11 E 12 DICEMBRE SCORSI,  
IL COLLEGIO IPASVI DI ROMA E DELLA PROVINCIA  
HA RINNOVATO GLI ORGANI STATUTARI.  
IL NUOVO CONSIGLIO HA QUINDI PROCEDUTO  
ALL'ELEZIONE DEL PRESIDENTE  
E ALL'ATTRIBUZIONE DELLE CARICHE.**

## **CONSIGLIO DIRETTIVO**

### **Presidente**

Gennaro Rocco

### **Vice presidente**

Ausilia M. L. Pulimeno

### **Segretario**

Maria Grazia Proietti

### **Tesoriere**

Rodolfo Cotichini

### **Consiglieri**

Nicola Barbato  
Stefano Casciato  
Maria Cipolloni  
Mario Esposito  
Maurizio Fiorda  
Matilde Napolano  
Maria Vittoria Pepe  
Francesca Premoselli  
Emanuela Tiozzo  
Marco Tosini  
Carlo Turci

## **REVISORI DEI CONTI**

### **Presidente**

Maria Forni

### **Effettivi**

Gianfranco Del Ferraro  
Alessandro Stievano

### **Supplente**

Angelina Palumbo

# Biblioteca

## Collegio IPASVI di Roma



**SEDE E RECAPITI:** Viale Giulio Cesare, 78  
Tel.: 06/37511597 – Fax: 06/45437034 E-mail: [biblioteca@ipasvi.roma.it](mailto:biblioteca@ipasvi.roma.it)

### **BIBLIOTECA ORARI:**

Lunedì, ore 15.00 – 18.00 • Giovedì, ore 15.00 – 18.00  
Martedì, ore 10.00 – 12.00: solo per consultazione Banca Dati CINAHL  
e previo appuntamento

### **PUNTO INTERNET ORARI:**

dal lunedì al venerdì dalle ore 09,00 alle ore 12,00  
il lunedì ed il giovedì anche dalle ore 15,00 alle ore 17,00

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