

M infermiere oggi

Anno XVI - N. 2 - Aprile-Giugno 2006 - Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro; Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB Roma



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

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma

Direzione - Redazione - Amministrazione

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

DIRETTORE RESPONSABILE
Gennaro Rocco

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

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

Rivista trimestrale aprile/giugno 2006
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: Giugno 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.

Rubriche

- 1** EDITORIALE
di Gennaro Rocco
- 3** TOLLERANZA AL DOLORE
E SCHIZOFRENIA
di Rosario Di Sauro e Gloria Ciccioni
- 8** FRANCIA. NASCE L'ORDINE
NAZIONALE DEGLI INFERMIERI
- 9** Clinica infermieristica
ed approcci terapeutici
nella cura del tumore prostatico
di Mauro Morroto
- 18** L'INFLUENZA DELL'EMODILUIZIONE
NEL PAZIENTE EMODIALIZZATO
SULL'ESECUZIONE DEI PRELIEVI
EMATOCHIMICI
di Celletti Francesco e Fabio Gangeri
- 26** LESIONI CUTANEE DIFFICILI
LINEA GUIDA SUL TRATTAMENTO
AVANZATO
di Paolo Pacitto
- 32** IL CALEIDOSCOPIO ETNICO
DEL SUDAFRICA: LA NAZIONE
ARCOBALENO
di Rodolfo Cotichini, Maurizio Brunelli,
Matilde Napolano e Alessandro Stievano
- 42** UN RICORDO SUDAFRICANO...
THE GREAT TRIP IN SOUTH AFRICA
di Elisabetta Cifonelli
e Federica Mencattelli
- 45** LA COSV (ONG) CERCA
INFERMIERI PER L'AFRICA
- 46** L'ESEMPIO DI SAN JOSÈ
A cura dell'Associazione italiana Nursing
Sociale - Sezione di Pavia
- 48** ALLE RADICI DEL NURSING
TRANSCULTURALE: IL CONTRIBUTO
DI MADELEINE LEININGER
di Alessandro Stievano
- 57** L'angolo dei media
- 59** Linea diretta con il Presidente
- 61** Infermieri in rete
- 62** L'avvocato dice...

La corda si sta spezzando

di Gennaro Rocco

Il Consiglio direttivo del Collegio IPASVI di Roma ha iniziato il suo nuovo mandato con vecchie amarezze ma anche con nuove speranze. Speranze alimentate dagli importanti impegni assunti dalla Regione Lazio per dare finalmente soluzione ai tanti, troppi problemi che attagliano l'assistenza e che stringono nella perdurante morsa dell'emergenza gli infermieri del Lazio.

Nonostante le rassicurazioni espresse a più riprese dall'assessore alla Sanità, la situazione oggettiva resta quella di un anno fa. Non riusciamo a scorgere significativi miglioramenti per gli infermieri e sono pochi i segnali, gli indizi che ci lasciano ben sperare per il prossimo futuro.

Anche l'estate che sta per chiudersi è stata vissuta all'insegna dell'emergenza infermieristica. Il solito destino beffardo che tocca in sorte a chi, suo malgrado, continua a farsi carico di una situazione inconcepibile per un Paese civile, che stride con le attese e con il diritto dei cittadini a godere di un'assistenza sanitaria degna di questo nome.

Insomma, la solita estate drammatica per gli infermieri, i soliti turni ripetuti e massacranti per arginare i mostruosi buchi degli organici, aggravati dalle periodo di ferie e dalla gran massa di utenti che, specie nei presidi del litorale, si riversa in massa nei Pronto soccorso, negli ospedali e negli ambulatori.

Servizi, questi, che solo grazie all'abne-



gazione dei soliti infermieri è stato possibile garantire; come sempre d'altronde. A che prezzo però!

Un prezzo che sembra essere pagato invano. Anche questo pare un destino segnato per gli infermieri. Già, perché l'atteggiamento inusitato di qualche direttore generale resta quello

di sempre, con la croce di turno scagliata addosso ai soliti infermieri.

Così, come il più classico dei tormentoni estivi, anche quest'anno ci siamo sentiti apostrofare, accusare, ingiuriare. Un refrain che conosciamo bene: *il personale è scarso perché tanti infermieri sono "imboscati". O fingono di essere malati.* Denigrare gli infermieri è sport assai diffuso da queste parti. Occhio, però: siamo stufi. E arrabbiati. Ne abbiamo piene le tasche di certe dichiarazioni, di "cicchetti" e rimbrotti immeritati. Tutto ha un limite e la nostra pazienza non fa eccezione.

Chi ci conosce lo sa: la vis polemica non ci appartiene. Quantomeno non è il nostro forte. Se poi è fine a se stessa, ci piace ancora meno. Tuttavia non possiamo non sottolineare che certi impegni sono rimasti tali, senza esito alcuno. L'intesa sottoscritta con lo stesso assessore per l'immediata costituzione di un tavolo di confronto che affrontasse la gravissima emergenza di personale infermieristico non ha ancora preso corpo.

Francamente siamo scoraggiati, anche se

siamo gente che non perde facilmente la fiducia. Vogliamo continuare a sperare che le cose cambino, e che cambino davvero. Anche perché o si danno segnali concreti di cambiamento o non sappiamo quanto e come gli infermieri possano riuscire ancora a garantire i servizi, assicurati oggi al prezzo di sacrifici spesso sovrumani.

Per questo ci attendiamo un cambiamento netto anche sotto il profilo contrattuale. Con la nuova Legge 43/2006 sulla progressione di carriera e con l'investimento massiccio che la professione dimostra di saper fare sui master e i dottorati di ricerca, le condizioni ci sono tutte. Meritiamo ben altro sotto il profilo economico.

Non solo. Va rivisto urgentemente anche il modello organizzativo affinché la figura infermieristica sia messa nella posizione che le spetta: al centro dell'assistenza. Malgrado i tanti proclami, infatti, nelle Aziende non si scorge alcuna novità. E'

assolutamente necessario ridare dignità al professionista infermiere e garantire soprattutto stabilità: non si possono promettere ai cittadini livelli di assistenza di qualità se poi si ricorre sempre più massicciamente a forme di lavoro basati sulla precarietà e sulla provvisorietà.

E poi la formazione delle nuove leve, che è il baluardo della professione di domani. Molte sedi di formazione convenzionate stanno chiudendo o intendono chiudere i battenti sotto il peso dei fondi regionali che non arrivano. Fondi già piuttosto scarsi che, come se non bastasse, l'Università pretende di "saccheggiare" a proprio vantaggio. Ma come si può affermare di voler contrastare l'emergenza infermieristica se poi si affonda così il principale bacino d'utenza della professione?

Attenzione, quindi: allarme rosso. La corda degli infermieri è robusta, ma oggi è sul punto di spezzarsi.

Master, Specialistica, Dottorato

Università, arrivano i bandi

Sono stati emanati dalle Università di Roma i bandi per i Master Clinici e di Coordinamento, il bando per la Laurea Specialistica e per il Dottorato di Ricerca in Scienze infermieristiche

Sul sito Internet del Collegio **IPASVI** di Roma, nella sezione "**FORMAZIONE**", sono disponibili tutte le informazioni e una serie di collegamenti diretti con i siti web delle Università interessate per accedere ai contatti e scaricare la modulistica.

www.ipasvi.roma.it

TOLLERANZA AL DOLORE E SCHIZOFRENIA

di Rosario Di Sauro* e Gloria Ciccioli**

PRESENTAZIONE

In questi ultimi anni la ricerca sia in ambito medico che psicologico si è molto soffermata sul tema del dolore affrontandone sia gli aspetti neurologici che psicologici. In questa prospettiva, fra i compiti che certamente attengono al medico come allo psicologo clinico, e più in generale all'operatore sanitario, vi è quello di acuire le sofferenze dei pazienti (Di Sauro, 2002, 2004, Di Sauro, Pennella 2005, Di Sauro 2006), che evidentemente affianco alla loro attività lavorativa di tipo clinico, una parte importante della professione la devono dedicare a quello della ricerca. La ricerca, infatti, permette all'operatore sanitario di approfondire le modalità di intervento clinico e consente altresì di scoprire nuovi orizzonti nell'applicazione delle tecniche al fine di acuire il benessere delle persone. E' in questa cornice che esporremo questo breve contributo che prende in considerazione il dolore, e nella fattispecie il dolore dei pazienti che soffrono di disturbi schizofrenici. Questo lavoro, tuttavia, pur inserendosi pienamente negli interessi degli Insegnamenti di "Psicologia Sociale" e "Psicologia Clinica" sia del Corso di Laurea Magistrale, che del Corso di Laura in Fisioterapia dell'Università "Tor Vergata" di Roma, è parte di una ricerca più ampia effettuata presso la Facoltà di Psicologia dell'Università "la Sapienza" di Roma, coordinata fino alla sua morte dal compianto Prof. Reitano. Il lavoro presentato in questa sede, pertanto, è stato rivisto per consentirne una prima lettura.

IL DOLORE E LE CORRELAZIONI NEUROFISIOLOGICHE

L'ipotesi generale di questo lavoro è centrata sul duplice coinvolgimento del sistema endorfinergico, nelle psicosi e nella modulazione della sensibilità dolorifica, all'interno di un più vasto progetto di lavoro, volto all'approfondimento e alla comparazione dell'attività endorfinergica nelle più importanti patologie psichiatriche. E' noto da tempo che i soggetti affetti da schizofrenia, disturbo complesso e di multiforme eziologia (Biondi, 1997), distinto in forma positiva e negativa (Ey, 1989), appaiono relativamente insensibili al dolore fisico. Le prime osservazioni su questa ridotta sensibilità si ritrovano nei lavori di Bleuler e di Kraepelin; in tempi recenti, interessanti esperimenti sono stati effettuati da Jakusbaschk e Boker (1991) e da Dworkin (1994).

Come è noto, gli oppioidi endogeni svolgono un ruolo determinante nei complessi meccanismi che determinano la tolleranza al dolore. I polipeptidi oppioidi (dinorfine, endorfine, encefaline) sono frammenti di più grosse molecole ipofisarie. I derivati dell'oppio sono tra i più potenti analgesici in uso da centinaia di anni, ma solo recentemente è stato compreso il loro meccanismo di azione a livello del sistema nervoso centrale. L'analgesia indotta dagli oppioidi dipende da una loro azione sui siti recettoriali specifici. Si fa riferimento a un "complesso recettore", che consta sia del sito di riconoscimento sia di un meccanismo ad esso associato, il secondo messaggero, che

traduce il riconoscimento di un agonista tramite alterazioni dell'attività cellulare (Kandel, 1994).

Forti addensamenti di recettori per i polipeptidi oppioidi esistono nel tratto spinotalamico, nelle lamine II e III delle corna posteriori del midollo, nella sostanza grigia periacqueduttale, nel sistema limbico; inoltre, si trovano addensamenti anche nei gangli simpatici, nella midollare surrenale, nella mucosa gastrica, nella vescica e in altri organi. Ciò suggerisce che i polipeptidi oppioidi non intervengono soltanto nella fisiologia del dolore ma anche in quella dei comportamenti e di alcuni visceri.

I recettori per gli oppioidi si suddividono in:

- μ , preposti alla analgesia associata a depressione respiratoria e a dipendenza;
- δ , implicati nell'analgesia e nel comportamento;
- κ , preposti all'analgesia, alla miosi e all'effetto sedativo;
- σ , aventi effetti viscerali e allucinatori.

Questi recettori hanno, come detto, due funzioni distinte, una riconoscitiva ed una biologica. La regione riconoscitiva è stereospecifica; i diversi oppioidi si legano alla regione in modo più o meno stabile. A dimostrazione dell'esistenza di questi recettori è stata studiata l'attività degli antagonisti degli oppioidi, soprattutto del naloxone. Questa sostanza prende il posto degli oppioidi a livello recettoriale bloccandone l'attività analgesica. Un antagonista può avere una struttura chimica molto simile a quella dell'agonista, ma non produce gli stessi effetti fisiologici. Gli antagonisti oppiacei non producono né analgesia né euforia, ma invertono rapidamente ed efficacemente gli effetti degli agonisti; il naloxone riesce ad allontanare tutte le molecole di oppiato dai rispettivi recettori.

Una caratteristica degli oppioidi è la tolleranza, cioè la potenza analgesica del farmaco diminuisce progressivamente nel tempo, e ciò accade anche per tutti gli altri farmaci della stessa serie (tolleranza crociata).

I primi ad isolare uno di questi complessi recettoriali sono stati Hughes e Kosterlitz (1985), ad Aberdeen, in Scozia, identificando un miscuglio di due piccoli peptidi che hanno chiamato encefaline. Successi-

vamente sono stati identificati altri gruppi di molecole peptidiche, le endorfine e le dinorfine.

Numerosi e talvolta discordanti dati raccolti grazie agli studi sul naloxone inducono attualmente a ritenere che le endorfine vengano liberate solo se il dolore è continuato o ripetuto nel tempo, e che la loro liberazione sia correlata a contingenze ambientali, a seconda che il soggetto abbia o non abbia la possibilità di mettere in atto comportamenti di reazione al dolore.

E' noto che il nostro organismo reagisce al dolore con svariate risposte neurovegetative:

- respiratorie (tachipnea, ipoventilazione);
- cardiache (tachicardia, aritmie, arresto);
- circolatorie (ipertensione, vasocostrizione);
- somatiche (contrazioni muscolo-scheletriche);
- renali (riduzione della diuresi);
- viscerali (riduzione della motilità intestinale),
- metaboliche (iperglicemia, acidosi);
- ormonali (increzione di cortisolo e catecolamine) (Zoppi, 1991).

ASPETTI PSICOLOGICI DEL DOLORE

E' evidente che l'esperienza del dolore, come ogni altra esperienza in un organismo complesso, si debba intendere sia in senso fisiologico che in senso psicologico (Galimberti, 1992).

La soglia del dolore, cioè il limite dopo il quale uno stimolo nocivo viene percepito come dolore, è in prima linea di natura fisiologica. La tolleranza al dolore, cioè la durata nel tempo e l'intensità del dolore che il soggetto accetta prima di avere una reazione verbale o manifesta, è influenzata da fattori psicologici e socioculturali. Il modo in cui viene vissuta l'esperienza dolorosa è strettamente dipendente dalle precedenti esperienze dolorose attraverso le quali l'individuo si è creato una rappresentazione mentale e un vissuto emotivo del dolore (Gabbard, 1995). Non solo esistono enormi differenze tra soggetti diversi, la soglia può variare anche entro lo stesso soggetto, al modificarsi delle sue condizioni fisiche ed emotive. Ansia, rabbia, depressione, intro-

versione, trattamenti analgesici riducono la soglia del dolore, che sembra invece aumentare con l'età (Willer, Le Baars, 1993). I tre gruppi di molecole peptidiche finora identificati derivano da tre differenti precursori, sintetizzati nei neuroni cerebrali. Il precursore dell'endorfina è la pro-opiomelanocortina o POMC, dove è presente una certa quantità di b-endorfina; tramite successive scissioni e trasformazioni, hanno origine il tipo a e il tipo g (Paroli, 1997).

L'azione più conosciuta delle b riguarda la modulazione del dolore, sia a livello encefalico che periferico, mentre le a e le g producono diversi e complessi effetti comportamentali, riducendo l'ostilità, l'irritabilità e l'ansia e inducendo stati di benessere e di piacere. Quindi le endorfine, nelle loro varie sottopopolazioni, hanno un ruolo molto importante per la sopravvivenza dell'individuo, nella loro funzione analgesica e sedativa, e della specie, nella loro funzione di rinforzo e di ricompensa. I dati provenienti dalla sperimentazione clinica con endorfine su soggetti affetti da schizofrenia hanno confermato la loro profonda azione sull'organizzazione del comportamento (Lautenbacher, Krieg, 1994).

LA RICERCA ATTUALE

Attualmente, gli studi si concentrano su tre differenti ipotesi che collegano endorfine e schizofrenia:

l'ipotesi di un eccesso di endorfine nella schizofrenia;

l'ipotesi di un deficit di endorfine nella schizofrenia;

l'ipotesi di una particolare correlazione tra g endorfina e schizofrenia.

Quest'ultima è l'ipotesi più studiata, basata su esperimenti che hanno dimostrato che la g endorfina possiede proprietà antipsicotiche per alcuni pazienti, in particolare verso i sintomi positivi. Poiché nei tessuti cerebrali dei soggetti schizofrenici sono stati rintracciati elevati livelli di endorfina, si ritiene possibile che questa sia una conseguenza di una alterazione nella struttura molecolare; gli studi attualmente sono finalizzati a scoprire in quale fase avvenga questa alterazione, dalla quale potrebbe originare questo incremento delle g (Wiegant e coll., 1992).

Da qui deriverebbero quelle alterazioni funzionali, per esempio di tipo cognitivo-emozionale, che si ritrovano nelle sindromi schizofreniche (Ronken, 1996).

Sulla base di tutte queste considerazioni, ci siamo chiesti se nei soggetti affetti da schizofrenia si presenti, rispetto ai soggetti che non ne sono affetti, una modulazione differente della sensibilità dolorifica, misurata tramite la tolleranza al dolore (Crow, 1980).

La stimolazione algogena utilizzata in questo esperimento è di tipo meccanico ed è stata somministrata a mezzo di un ago appesantito con 195 g di piombo, collegato a un contatore tarato in millisecondi, azionato dalla pressione grazie a un microinterruttore.

Il dolore provocato da questo tipo di stimolazione risulta composto da due sensazioni ravvicinate nel tempo. La prima è quella del primo dolore o dolore immediato, ed è di tipo pungente, la seconda è detta secondo dolore o dolore ritardato, ed è di tipo continuo o pulsante.

Questo tipo di strumento rispetta alcune caratteristiche importanti come la facilità di applicazione, la ripetibilità con effetti temporali minimi, l'assenza di danno tissutale e di rischi per il soggetto, il quale può fermare l'applicazione in qualsiasi momento.

La latenza tra stimolo e insorgenza del dolore decresce procedendo in senso prossimale, avendo le fibre diverse velocità di conduzione del dolore; la zona prescelta per la stimolazione, una circoscritta parte del dorso della mano, è stata individuata consultando la cosiddetta mappa anatomica del dolore. Questa zona è situata a livello delle giunzioni muscolo tendinee, dove la tensione non è smorzata da fenomeni viscoso-elastici.

Su ogni soggetto della sperimentazione sono state rilevate tre misurazioni a intervalli prefissati, considerando poi la media dei valori ottenuti.

Il campione di questa ricerca è stato costituito da 30 soggetti, con diagnosi di schizofrenia secondo i criteri espressi dal DSM IV (American Psychiatric Association, 1996), afferenti al Day Hospital e al servizio ambulatoriale del Reparto di Psichiatria del Policlinico Umberto I di Roma, con la collaborazione del Prof. M. Piccione e del suo staff.

Tra i soggetti 20 erano di sesso maschile e 10 di sesso femminile; 19 sotto trattamento farmacologico, 11 senza farmaci. L'età di tutti i soggetti era compresa tra i 20 e i 65 anni. Quale metodo per la valutazione della psicopatologia dei soggetti, sono state utilizzate le scale per la valutazione dei sintomi positivi e negativi della schizofrenia di Andreasen (1996), dopo aver svolto un colloquio clinico con ciascun soggetto.

Al momento della somministrazione, ogni soggetto è stato istruito a dare immediatamente un segnale convenuto nel preciso istante in cui il dolore diventava non sopportabile. Si è cercato di fornire queste informazioni sempre nello stesso modo. A somministrazione conclusa, ogni soggetto ha ricevuto informazioni sullo scopo dell'indagine, adeguate nella forma e nel contenuto allo stato del paziente.

Per quanto riguarda il gruppo di controllo, esso è stato composto da 30 soggetti, 16 femmine e 14 maschi, di età compresa tra i 20 e i 65 anni, scelti tra la popolazione dell'Università "la Sapienza" di Roma.

I risultati ottenuti sono stati analizzati tramite coefficiente di correlazione, analisi della varianza e regressione (Areni, Ercolani, Scalisi, 1994).

I risultati hanno evidenziato una differenza significativa tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo, nel senso di una aumentata tolleranza al dolore nei soggetti schizofrenici.

Nessuna differenza significativa è emersa invece dal confronto tra la tolleranza e la presenza o assenza di trattamento farmacologico. Questo dato è interessante poiché i neurolettici, principalmente impiegati nel trattamento della schizofrenia, hanno effetto antagonistico sui recettori dopaminergici. Ulteriori studi hanno approfondito quindi le possibili interazioni tra dopamina e g endorfina; l'affinità rilevata è risultata molto scarsa (Davis e coll., 1991).

Tutti questi studi hanno portato a ipotizzare che l'attività endorfinergica sia mediata da un recettore specifico; ciò conferma l'ipotesi di una alterazione a carico del precursore POMC e del complesso processo di scissioni e traslazioni che esita nella formazioni dei sottogruppi endorfinergici (De Wied, 1990).

CONCLUSIONI

Questo lavoro che è stato condotto con disegno quasi-sperimentale, ha presentato diversi aspetti problematici dal punto di vista metodologico, come la ridotta numerosità del campione, l'affidabilità della diagnosi o la difficoltà di discriminazione tra deficit percettivi ed espressivi derivanti dalla patologia dei soggetti (Kazdin, 1996).

I risultati ottenuti, comunque, confermano l'ipotesi di un'alterazione dell'attività endorfinergica nelle schizofrenia; sicuramente ulteriori studi potrebbero favorire lo sviluppo di nuove terapie farmacologiche basate su questi peptidi, a favore di una completa presa in carico del paziente al fine di migliorarne la qualità di vita, ancor oggi spesso lontana da livelli accettabili. Pur tuttavia crediamo, che nonostante la somministrazione farmacologica ai pazienti affetti dalle più svariate patologie psichiatriche nel tentativo di sostenere il dolore di queste persone sia fondamentale, riteniamo altresì imprescindibile nella presa in carico di questi pazienti, un rapporto umano che esprime empatia e capacità di accoglienza. Solo in questo modo avremo un operatore sanitario professionalmente capace e umanamente attento alla sofferenza umana.

AUTORI

Rosario Di Sauro, Psicologo e psicoterapeuta, Professore a contratto di "Psicologia sociale" e "Psicologia Clinica" presso l'Università "Tor Vergata" di Roma, didatta SIRPIDI (Scuola Internazionale di Ricerca e Formazione in Psicologia Clinica e Psicoterapia Psicoanalitica IRCCS IDI, Roma)

Gloria Ciccio, Psicologa psicoterapeuta

bibliografia

- American Psychiatric Association**, "DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali". Coordinatore della edizione italiana, francese e spagnola: P. Pichot. Terza edizione italiana a cura di V. Andreoli, G. B. Cassano, R. Rossi, Masson Ed., Milano, Parigi, Barcellona, 1998.
- Andreasen** N.C., "Schizofrenia: scale per la valutazione dei sintomi positivi e negativi", Cortina Ed., Milano, 1996.
- Areni** A., Ercolani A.P., Scalisi T., "Introduzione all'uso della statistica in Psicologia", Led Ed., Milano, 1994.
- Biondi** M., "Mente, cervello e sistema immunitario", McGraw-Hill Libri Italia, Milano, 1997.
- Bleuer** E., "Trattato di psichiatria 1911-1960", Feltrinelli Ed., Milano, 1967.
- Crow** T.J., "Molecular Pathology of schizophrenia: more than one disease process?", in "Br. Med. J.", n.280, 1980, pp.66-68.
- Davis** K.L., Kahn R.S., Ko G., Davidson M., "Dopamine and schizophrenia: a review and reconceptualization", in "Am. J. Psychiatry", n.148, 1991, pp.221-235.
- De Wied** D., "Schizophrenia as an inborn error in the degradation of g-endorphin-a hypothesis", in "Trends Neur.", n.2, 1990, pp.79-82.
- Di Sauro** R., 2002, L'importanza della valutazione clinica in psicoterapia psicoanalitica, in Psicologia clinica e psicoterapia psicoanalitica, Citta Nuova, Roma pp 87-99
- Di Sauro** R., 2004, La formazione alla psicoterapia psicoanalitica, in Pennella A. R., Il confine incerto teoria e clinica del disturbo borderline, Edizioni Kappa, Roma pp 43-57
- Di Sauro** R., Pennella A., 2005 la metafora terapeuta genitore, in Pennella R.A, (a cura di) in Realtà e Rispecchiamento, kappa edizioni, Roma pp 109-118
- Di Sauro** R., 2006, Dove va la psicoanalisi: ovvero teorie sui cambiamenti e teoria del cambiamento in psicoterapia psicoanalitica, in Quaderni SIRPIDI, Aracne, Roma
- Dworkin** R.H., "Pain insensitivity in schizophrenia: a neglected phenomenon and some implications", in "Schiz. Bull.", vol. 20, 1994, pp.235-248.
- Ey** H., "Manuale di Psichiatria", Masson Ed., Milano, 1989.
- Gabbard** G. O., "Psichiatria Psicodinamica", Cortina Ed., Milano, 1995.
- Galimberti** U., "Dizionario di Psicologia", UTET Ed., Torino, 1992.
- Jakusbaschk** J., Boker W., "Disorders of Pain perception in schizophrenia", in "Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr.", 1991, pp.55-76.
- Kandel** E.R., Schwartz J.H., Jessel T.M., "Principi di Neuroscienze", Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1994.
- Kazdin** A.E., "Metodi di ricerca in psicologia clinica", Il Mulino Ed., Bologna, 1996.
- Lautenbacher** S., Krieg J.C., "Pain perception in psychiatric disorders: review of the literature", in "J. Psychiatr. Res.", vol.28, 1994, pp.109-122.
- Paroli** E., "Farmacologia", Ed. Universo, Roma, 1997.
- Ronken** E., "Autoradiographic evidence for binding sites for des enkefalin g endorphin in rat forebrain", in "Eur. J. Pharmacol.", n.162, 1996, pp.189-191.
- Wiegant** V.M., Ronken E., Kovaks G., De Wied D., "Endorphins and schizophrenia", in "Prog. In Br. Res.", vol. 93, 1992.
- Willer** J.C., Le Baars D., "Fisiologia del dolore", E.M.C. Roma-Parigi, Anestesia-Rianimazione, 1993, pp.1-18-36020 A.
- Zoppi** M., "Il dolore", Ciba-Geigy ed, Firenze, 1991.

Francia, nasce l'Ordine Nazionale degli Infermieri

Dopo cinquant'anni di lotte e rivendicazioni, anche gli infermieri francesi sono riusciti a cogliere l'obiettivo storico dell'istituzione del proprio Ordine Nazionale.

La sua legge istitutiva è stata infatti approvata il 13 giugno scorso dall'Assemblea Generale francese.

L'importante novità è stata salutata con grande soddisfazione dalla FEPI (la Federazione Europea degli Infermieri). La presidente della Federazione Nazionale IPASVI Annalisa Silvestro si è congratulata, a nome della FEPI, con Régine Clément, presidente dell'APOIIF (Association Pour Infirmières et Infirmiers de France), l'organizzazione professionale

che ha condotto i colleghi francesi verso lo storico traguardo dell'Ordine Nazionale.

Si tratta di un importante successo per la stessa FEPI che, sin dalla sua nascita, ha sostenuto e incoraggiato il progetto di costituzione degli Ordini Nazionali in tutti i Paesi aderenti alla Federazione Europea.

Gli infermieri di Roma e della Provincia salutano con gioia l'istituzione dell'Ordine Nazionale degli Infermieri in Francia e, nel segno di una professionalità sempre più marcata e riconoscibile, formulano i migliori auguri ai colleghi d'oltralpe.

in pillole

Alzheimer, quanto mi costi!

Ricercatori del Karolinska Universty Hospital e del Karolinska Institutet di Stoccolma, in Svezia, hanno valutato il "peso" mondiale dell'Alzheimer e della demenza in generale. Stimando in 27,7 milioni le persone colpite (dato riferito al consuntivo 2003) e utilizzando un modello

basato sul rapporto tra costi e prodotto interno lordo di ciascun Paese, emerge che i costi diretti della malattia ammontano a 156 miliardi di dollari. Attualmente, sottolineano gli autori dello studio, il 92 per cento dei costi globali è concentrato nei Paesi sviluppati.

Clinica infermieristica ed approcci terapeutici nella cura del tumore prostatico

di Mauro Morroto

L'adenocarcinoma prostatico (CAP) è attualmente la neoplasia più comune e la seconda causa di morte specifica per cancro, dopo quello del polmone, nella popolazione maschile dei Paesi occidentali. L'incidenza clinica della patologia neoplastica prostatica è stata di 240.000 casi nel 1995 (Internet – Urovita) e la mortalità di 40.000. Nell'anno 2000 l'incidenza del carcinoma prostatico è aumentato di 1/3. In base a questi dati si può ben comprendere l'ampiezza di questo problema. Come per la gran parte dei tumori, la possibilità di cura nel cap sono migliori se esso è scoperto e trattato precocemente, prima che abbia la possibilità di diffondersi in altre sedi dell'organismo. L'aumento progressivo dell'incidenza del cancro prostatico è soprattutto legato all'utilizzo di un nuovo marker tumorale quale il PSA. Il cancro nasce dal settore posteriore della ghiandola ed insorge mediamente in età di poco inferiore a quella in cui compare l'adenoma. Si tratta per lo più di un adeno-cancro a grado di malignità diversa, il che spiega le diverse evoluzioni. La sintomatologia non differisce di molto da quella dell'adenoma: si può sottolineare che il decorso è lentamente progressivo, gli episodi di ematuria sono più frequenti e più evidenti i dolori al perineo. Il decorso clinico è progressivo e determina, dal lato urinario, la ritenzione di urina, che può richiedere il drenaggio della vescica. Il tumore può diffondersi agli organi vicini (vescica e retto) determinando fistole urinose. Le sedi più frequenti di metastasi sono, in ordine di

tempo, le linfoghiandole, specie iliache od ipogastriche, le ossa e i polmoni ed hanno inizio dalla prostata caudale (parte periferica) per espandersi all'interno o alle vesciche seminali.

La crescita e il normale funzionamento della prostata dipendono dal *testosterone*. Quasi tutto questo ormone è prodotto dai testicoli ed una piccola parte dalle *ghiandole surrenali*. Il testosterone ha il medesimo effetto sul cancro della prostata che la benzina ha sul fuoco. Fino a quando l'organismo produce testosterone il tumore cresce e si diffonde.

DIAGNOSTICA

La diagnosi è fornita dall'esplorazione rettale (ER) della prostata: la ghiandola si dimostra dura, bozzoluta, fissa, a limiti mal definiti ed indolente, quindi con caratteri diversi rispetto ai casi di adenoma. L'ER è il più semplice e pratico metodo che l'urologo abbia a disposizione per valutare la prostata dei pazienti: anche se l'esame obiettivo del paziente rimane comunque una parte doverosa e imprescindibile della valutazione del medico. Altro test diagnostico per immagini è l'ecografia transrettale (ETR) della prostata con relativa agobiopsia, che può mettere in evidenza il nodulo neoplastico o l'interessamento della ghiandola, con le corrispondenti dimensioni. La biopsia di tale organo rimane l'indagine fondamentale per sciogliere ogni dubbio sulla natura neoplastica di un nodulo o per confermare il sospetto clinico avuto durante

l'esplorazione rettale. Questa ecografia ci consente una valutazione più approfondita della prostata ed è, sotto quest'aspetto, la tecnica di immagine più comune, più diretta e meno dispendiosa; generalmente è anche ben tollerata, offre una risoluzione parenchimale eccellente e sebbene sia anch'essa come l'ER rimane una metodica condizionata dalla soggettività dell'operatore. Questa si è dimostrata in grado di raddoppiare il tasso diagnostico del CAP in associazione con la sola esplorazione rettale e di diagnosticare tumori non palpabili. Nel controllo dei pz sottoposti a prostatectomia radicale la visualizzazione di una lesione solida nella loggia prostatica o in sede perianastomotica è fortemente correlata alla presenza di una recidiva; il suo ruolo è generalmente secondario ad un reperto palpatorio sospetto o ad un'elevazione del PSA; anche in questo caso l'ecografia rappresenta la guida elettiva alla biopsia.

Tra i primi test diagnostici che eseguiamo ai soggetti affetti da ipertrofia prostatica con dubbio neoplastico spiccano alcuni esami ematochimici specifici quali i markers tumorali e tra questi il più efficace risulta il PSA (antigene prostatico specifico) che rappresenta appunto, il marker della neoplasia prostatica che fornisce lo studio della fase iniziale della patologia. La sua specificità tessutale quasi assoluta e la sua alta sensibilità tumorale hanno permesso che venisse diffusamente utilizzato nella pratica clinica sia per la diagnosi precoce che per il follow up dei pazienti oncologici. Tale esame sierologico è prodotto sia dalla ghiandola prostatica normale che da quella iperplastica. Ad oggi il valore di PSA maggiormente utilizzato ed in grado di fornire il miglior compromesso fra specificità e sensibilità del marker, è rappresentato da un valore di 4 ng/ml. Al contrario nei casi con PSA >10 ng/ml, il rischio di avere un tumore prostatico è estremamente alto e tale neoplasia va ricercata con assiduità, sottoponendo il paziente a biopsia della prostata, anche in assenza di altri parametri clinici di sospetto. Con l'avvento del PSA un maggiore interesse è stato rivolto a possibili programmi di screening per il tumore prostatico e maggiori informazioni sono

state divulgate al pubblico. Questo test ha quindi permesso di diagnosticare più frequentemente il CAP, in uno stadio più precoce ed in soggetti più giovani. Questo aumento di incidenza dei tumori prostatici ha comportato un aumento delle indicazioni per un intervento chirurgico radicale, ed un miglioramento della sopravvivenza di questi pazienti. L'età giusta è intorno ai 50 anni, ma dove esiste una familiarità per CAP è bene anticipare ai 45 anni l'inizio del controllo. Sempre usufruendo della diagnostica per immagini potremo eseguire sul soggetto un'ecografia renale per valutare l'eventuale dilatazione della via escretrice superiore. La Tomografia Computerizzata (CT), al contrario, non è una tecnica adeguata alla diagnosi di lesione nel CAP. La densità del tumore prostatico è sovrapponibile a quella del tessuto prostatico sano e dell'adenoma prostatico; pertanto il carcinoma è indistinguibile dall'adenoma e dal parenchima sano. La CT può essere impiegata nella valutazione dello stato linfonodale, considerato che è in grado di evidenziare i linfonodi solo se aumentati di volume. Anche la Risonanza Magnetica (MRI) può evidenziare lo stato linfonodale (oltre a mappare la ghiandola), utilizzando il parametro dell'aumento di volume per definire la presenza di metastasi linfonodali. Molto spesso la risonanza viene eseguita dopo l'esecuzione di biopsie prostatiche, anzi dato il ruolo prevalentemente stadiale e non diagnostico del test è giustificato ricorrere ad essa solo dopo aver fatto diagnosi di CAP, quindi dopo aver eseguito almeno un prelievo biotico della ghiandola. Le metastasi ossee costituiscono una delle cause più frequenti di morbilità, con dolore e fratture patologiche. La diagnosi ed il monitoraggio delle metastasi ossee sono quindi essenziali nel trattamento dei pz con CAP. Lo scheletro è la sede più frequente di metastasi del carcinoma, perciò la scintigrafia ossea rimane la metodica più comunemente usata per diagnosticarle e monitorarle; questa però è un test costoso, di elevata sensibilità, ma non altrettanto specifico. Positività scintigrafica per metastasi ossee è presente nel 24% dei pz portatori di cap al momento della diagnosi. La scintigrafia ossea è di

comune impiego sotto forma di total-body. La scelta di questo tracciante nell'impiego corrente è dovuta al suo buon rapporto di distribuzione tra osso e tessuti molli. La scintigrafia ossea da sola non è affidabile nell'evidenziare la progressione metastatica nel follow up; la positività scintigrafica associata ad elevazione della fosfatasi alcalina consente invece di confermare la progressione metastatica del 100%. Nei casi dubbi, inoltre, la radiologia convenzionale e la CT non sempre riescono a fornire risposte definitive, e non è raro il ricorso alla biopsia mirata delle lesioni sospette. La ricerca si è pertanto orientata verso marcatori alternativi; in grado cioè di identificare i soggetti con maggiore proba-

stanzialmente due: la *prostatectomia radicale* e la *radioterapia* (negli stadi A2 e B), quest'ultima sotto forma di irradiazione esterna o di *brachiterapia*. Circa il 25% dei casi di tumore prostatico (stadio A) è composto da pz con focolai neoplastici sparsi che sono stati evidenziati dopo una TUR della prostata per IPB (adenoma) o dopo aver eseguito una ecografia transrettale, confermata da una biopsia.

INTERVENTO CHIRURGICO

Con il termine di prostatectomia radicale si intende l'intervento chirurgico che prevede l'asportazione in blocco della prostata e delle vescicole seminali con la



bilità di metastasi ossee, in cui eseguire la scintigrafia. La radiografia del torace costituisce una metodica significativa per studiare eventuali metastasi polmonari.

APPROCCI TERAPEUTICI

Le possibilità terapeutiche di tale affezione dipendono soprattutto dallo stadio della malattia. Le alternative terapeutiche comunque oggi disponibili per i tumori localizzati della prostata sono so-

successiv anastomosi della vescica con il moncone uretrale. Tale approccio chirurgico, eseguito per via sovrapubica, può essere effettuato in anestesia spinale ed epidurale da sole od in associazione con l'anestesia generale. L'approccio epidurale è preferibile poiché il controllo del dolore peri-operatorio è facilitato dalla somministrazione di narcotici attraverso il catetere epidurale. L'intervento è di solito preceduto da una linfadenectomia pelvica, cioè dall'a-

sportazione dei linfonodi che drenano i linfatici dalla ghiandola prostatica. Quindi viene eseguita una incisione mediana che va dall'ombelico alla sinfisi pubica; superati i piani muscolo-aponeurotici si liberano le fosse otturatorie e si procede innanzitutto alla linfadenectomia pelvica di stadiazione. Una volta conosciuto l'esito dell'esame istologico dei linfonodi asportati si può procedere alla prostatectomia radicale le cui fasi si possono riassumere nei seguenti punti:

- 1) sezione dei legamenti pubo-prostatici
- 2) legatura del complesso venoso-dorsale
- 3) sezione dell'uretra
- 4) mobilizzazione della prostata
- 5) sezione della giunzione prostatico-vescicale
- 6) ricostruzione del collo vescicale
- 7) anastomosi vescico-uretrale

La conservazione dei fasci neurovascolari mantiene la funzione erettile, nel 70% dei casi, quindi, viene applicato un catetere Dufour a tre vie oppure un Foley 20-22 Ch per 21 giorni ed un drenaggio nel Retzius, per terminare con la ricostruzione della parete.

La selezione del pz. Candidato a tale intervento dipende dallo stadio clinico, dall'aspettativa di vita e dalle sue condizioni psicofisiche. In genere è ritenuto candidabile ad intervento di prostatectomia radicale, con intenti curativi, il soggetto con neoplasia prostatica clinicamente localizzata, con aspettativa di vita di almeno 10 anni ed in condizioni generali soddisfacenti. Lo scopo che l'intervento si propone è quello di rimuovere chirurgicamente tutto il tumore, consentendo la guarigione del pz. Tuttavia occorre ricordare che, purtroppo, all'analisi istologica sul pezzo asportato in una alta percentuale dei casi, superiore al 50%, il tumore risulta non essere confinato nella prostata o presentare margini di sezione positivi.

Altro approccio chirurgico è la prostatectomia radicale perineale, che consiste nell'asportazione della prostata e delle vescicole seminali attraverso una incisione perineale tra retto e radice dello scroto. Rispetto alla tecnica tradizionale sopradescritta presenta il vantaggio di una migliore esposizione dell'apice pro-

statico, che rende più precisa la anastomosi vescico-uretrale. Inoltre non rendendosi necessaria la manipolazione del complesso venoso dorsale, l'intervento comporta minori perdite ematiche. Tuttavia occorre ricordare che per tale via non è possibile asportare i linfonodi (e quindi non è possibile stabilire con esattezza lo stadio della malattia) e che il campo chirurgico non è familiare a tutti gli urologi.

COMPLICANZE DELL'INTERVENTO

La p.r. è considerata un intervento di chirurgia maggiore e come tale non è scevro da complicanze. Le complicanze dell'intervento di prostatectomia radicale si possono suddividere in tre gruppi:

- 1) intra-operatorie
- 2) post-operatorie precoci (fino a 30 giorni dopo l'intervento)
- 3) post-operatorie tardive (dopo 30 giorni dall'intervento)

Tra le prime occorre ricordare l'emorragia intra-operatoria che si verifica in meno del 10% dei casi con una perdita di sangue che mediamente non supera i 1.200/1.500 ml. La perforazione rettale se minima è riparata nel corso dell'intervento stesso, se la lesione rettale è di dimensioni più cospicue e la sola riparazione non dà sufficienti garanzie, si è soliti confezionare una colostomia temporanea per permettere una più sicura guarigione. Le lesioni uretrali invece necessitano di solito di un reimpianto dell'uretere in vescica. Tra le complicanze post-operatorie precoci vanno segnalate quelle tromboemboliche (tromboflebite o embolia polmonare), quelle cardiovascolari, le infezioni di ferita, la linforrea, cioè la perdita di liquido linfatico nelle cavità libere, nell'immediato od alcune ore dopo l'intervento, per riapertura di un vaso. Altra complicanza risulta essere il sanguinamento che, in genere, deriva dai vasi periprostatici che hanno la funzione di drenare o apportare il sangue alla prostata. Nella maggior parte dei casi, l'emorragia avviene in sala operatoria durante l'intervento, ma può anche avvenire subito dopo il posizionamento

nel reparto di degenza. La stenosi dell'anastomosi vescico-uretrale, invece, viene riportata in una percentuale variabile tra lo 0,6% ed il 32% dei casi ed è solitamente trattabile per via endoscopica e può avvenire nell'immediato post-operatorio o alcuni giorni dopo l'intervento. Per quel che riguarda il problema dell'incontinenza urinaria l'approccio anatomico nella p.r. ha consentito di ridurre ulteriormente l'incidenza di tale disturbo urologico. L'intervento di p.r. preceduto dalla linfadenectomia ha una durata di circa tre ore e viene eseguita in regime di ricovero ordinario con una degenza variabile dai 7 ai 14 giorni. La convalescenza per questo tipo di intervento è di circa 20-30 giorni dalla dimissione. Il primo controllo viene effettuato a distanza di 40-60 giorni con una determinazione del PSA, un esame di urine ed un'urinocoltura, mentre i successivi controlli, variabili da caso a caso saranno programmati mediamente alla distanza di 6 mesi dopo la prima visita. Dopo vari studi sull'orgasmo avuto dalle persone operate di p.r. è stata notata una certa riduzione della sua intensità e conseguente diminuzione del piacere sessuale, oltre che da involontarie perdite di urina. Tali inconvenienti perciò si ripercuotono negativamente sugli aspetti sociali e sessuali del nostro utente, recando seri squilibri psicologici difficili da ripristinare. La salvaguardia della sessualità, nella sua interezza organica e psicologica, vede impegnati sullo stesso fronte il medico di base, l'equipe chirurgica, quella oncologica e quella psicosessuologica.

Le alternative terapeutiche comunque oggi disponibili per i tumori localizzati della prostata rimangono quindi sostanzialmente due: la *prostatectomia radicale* e la *radioterapia*, quest'ultima sotto forma di irradiazione esterna o di brachiterapia.

RADIOTERAPIA

Il carcinoma prostatico recidivante o persistente dopo radioterapia definitiva costituisce una sfida seria sia per il pz. che per l'urologo. Sebbene la p.r. sia il trattamento iniziale più utilizzato per il cap confinato alla ghiandola, le statistiche in-

dicano che circa un quarto dei pz. con malattia clinicamente localizzata viene trattato mediante radioterapia. Esiste quindi una coorte di pz. con carcinoma radiorecidivo, con nessuna evidenza di malattia sistemica ed una aspettativa di vita superiore a 10 anni. La diagnosi di recidiva locale di carcinoma prostatico dopo radioterapia viene posta mediante prelievi biopsici in un pz. con PSA in aumento dopo radioterapia definitiva. I pz. con recidiva istologicamente confermata dopo RT hanno limitate opzioni terapeutiche tra cui la deprivazione ormonale che costituisce un trattamento non-curativo. Nello studio pre-operatorio si ritiene indispensabile l'esecuzione di una indagine urodinamica, la TAC con m.d.c. la scintigrafia ossea t.b. e la colonscopia (o un clisma opaco) per escludere la presenza di patologie intestinali. La radioterapia esterna sui pazienti con cancro pro-



statico localizzato offre risultati sulla sopravvivenza molto simili a quelli ottenuti con la terapia chirurgica radicale. Essa può essere riservata ai pazienti con più di 70 anni di età, od in condizioni generali non ottimali. Rispetto alla p.r. la radioterapia sarebbe caratterizzata da un più alto tasso (30-40 % in più) di progres-

sione biochimica (cioè un aumento del PSA qualche tempo dopo il trattamento). Recentemente la radioterapia convenzionale della neoplasia prostatica è stata superata da nuove tecniche più sicure ed affidabili. La recente introduzione di sofisticate attrezzature per l'elaborazione dei piani di cura con modalità tridimensionale, la gestione automatica del trattamento, hanno determinato lo sviluppo della tecnica tridimensionale conformazionale. Si tratta di una modalità di irradiazione molto precisa, ma presente in pochi centri di Radioterapia che consente di somministrare dosi più elevate in un bersaglio (la prostata) ben circoscritto, con conseguenti migliori risultati sia in termini di cura che di complicazioni. Il pz. viene collocato ed immobilizzato in posizione prona; la prostata riceve una dose totale di circa 75 GY. La durata del trattamento è di circa 8 settimane, con 5 sedute di terapia per settimana.

BRACHITERAPIA

Il tumore della prostata limitato alla ghiandola e con bassa aggressività può essere trattato efficacemente anche con la brachiterapia. Paragonare però l'efficacia di questa metodica a quella della chirurgia è ancora troppo presto. Comunque è da tenere presente che il follow up dei primi trattamenti è ancora breve in quanto arriva a soli 12 anni, per cui ne viene sconsigliato l'impiego in persone giovani. La brachiterapia può quindi essere proposta a tutti i pz affetti da adenocarcinoma prostatico localizzato con età avanzata, alto rischio anestesiológico e/o operatorio, a rischio per patologie trombo emboliche. E' una terapia innovativa poco traumatica che permette una rapida ripresa dell'attività lavorativa e consente di ottenere percentuali di cura elevate con riduzione del rischio delle complicanze rispetto alla chirurgia tradizionale. Ovviamente rimane una metodica controindicata in presenza di un voluminoso a.p. Attraverso scansioni ecografiche si realizza, prima dell'intervento, uno studio volumetrico della prostata che consente l'elaborazione della dosimetria previsionale e la determinazione dei semi da utilizzare. Tali "semi", sotto forma di piccole

capsule grandi come chicchi di riso, contengono sorgenti radioattive che si impiantano nella prostata con guida ecografica per via transperineale (la regione fra scroto e ano), in un'unica seduta operatoria di meno di 90 minuti. L'impianto degli aghi viene di solito effettuato in anestesia epidurale; gli aghi fungono da vettori per la deposizione di un certo numero di semi radiattivi di Iodio 125 o di Palladio 103. La degenza è di 2 giorni con una precoce ripresa dell'attività lavorativa e la rimozione del catetere vescicale avviene entro 24 ore. Ciascun "seme" rilascia continuamente una piccola quantità di energia radiante ad una limitata porzione di tessuto prostatico: ciò consente di trattare il tumore con una dose di radiazione molto elevata senza danno per i tessuti vicini. Dopo alcune settimane i "semi" avranno rilasciato la maggior parte della loro energia e resteranno per sempre nella prostata in forma inattiva, senza essere percepiti. L'utente dovrebbe decidere se una virtuale probabilità di sopravvivenza superiore ai 10 anni vale il rischio delle complicanze delle varie forme di terapia attiva.

NURSING INFERMIERISTICO

Il pz. affetto da adenocarcinoma prostatico che giunge nella nostra struttura specialistica deve essere principalmente cosciente della sua patologia e di ciò che gli succederà dal momento del ricovero in poi. I lunghi tempi di guarigione rispetto al soggetto affetto da IPB e la gravità della patologia con le maggiori possibilità di complicanze, rispetto all'altra affezione prostatica, rendono tale periodo assistenziale molto più impegnativo da parte del personale infermieristico, soprattutto nell'aspetto psicologico. Il soggetto alla fine del percorso diagnostico, quello che poi lo renderà conscio del suo problema, arriva alla fase preoperatoria pieno di dubbi ed incertezze, consapevole che il solo approccio chirurgico potrebbe risultare insufficiente. Il personale medico ma ancor più quello infermieristico, in questo senso, svolge un ruolo fondamentale nel colmare le preoccupazioni, i dubbi e le ansie dell'utente che ci si offre sponta-

neamente con tutta la sua fragilità e speranza, considerando anche l'età (mediamente) avanzata del paziente. In quest'ottica l'infermiere dovrà avere maggiore cura nel presentare al soggetto, durante tutta la fase preoperatoria, quelle procedure necessarie ad una corretta preparazione igienico-sanitaria prima dell'entrata nel blocco operatorio. Perciò eseguiremo un'ampia tricotomia comprendente i quadranti addominali inferiori, i genitali e gli arti inferiori fino alle ginocchia (a gambaleto) e quindi consiglieremo al paziente (qualora autonomo) di eseguire una doccia completa. Se il soggetto risultasse allettato o con problemi nei movimenti sarà cura del personale infermieristico (o equivalente) eseguire un bagno a letto o una parziale detersione delle parti da trattare. La preparazione intestinale avverrà già dal giorno precedente e l'infermiere informerà il soggetto sull'importanza di tale preparazione nell'economia dell'intervento. All'uopo la dieta del giorno prima sarà costituita da un vitto semiliquido (es. pastina o semolino), mentre la cena sarà composta di sole sostanze liquide (brodo vegetale). Sempre il giorno che precede l'intervento (primo pomeriggio) somministreremo al soggetto anche del citrato di magnesio (o simile), per una ulteriore pulizia intestinale e dopo la mezzanotte verrà invitato a non assumere nemmeno i liquidi (digiuno assoluto). Lo staff infermieristico inizierà poi a praticare tutte le terapie profilattiche che il medico e/o l'anestesista riterranno opportune, quali ad esempio quella antibatterica, quella antitrombotica od altre indicazioni terapeutiche utili ad una buona riuscita dell'intervento. Probabilmente il nostro soggetto avvicinandosi la sera (precedente l'intervento) diverrà più inquieto e preoccupato, al punto da chiederci, in maniera diversa, le stesse cose o di intrattenerci con pretesti diversi. A tal proposito cercheremo di rasserenarlo spiegando (e fugando) comunque, in maniera pacata ma ferma ogni suo timore ed incertezza. Inoltre, sotto prescrizione medica, sarà possibile somministrare anche qualche blando sedativo, tanto per conciliare il sonno. Dal lato amministrativo verrà richiesta la firma del sog-

getto per l'autorizzazione all'intervento ed alle eventuali emotrasfusioni. Oramai è diffusa in quasi tutte le strutture sanitarie la metodica dell'autotrasfusione, molto più sicura ed accettata psicologicamente dal pz. La mattina dell'intervento il soggetto sarà invitato a togliersi ogni indumento ed ogni eventuale protesi ed oggetti per indossare la biancheria adatta (camicia con allaccio posteriore) in cotone oppure monouso e quindi verrà praticata eventuale terapia preanestetica (generalmente intramuscolare). Infine, verrà aiutato a salire sulla lettiga che lo trasporterà nel blocco operatorio. Dopo l'intervento il paziente verrà riposizionato nella propria unità letto situata nel reparto di degenza e qui ricollocati tutti i dispositivi e drenaggi afferenti i punti di incisione e/o medicazione. Verranno posizionati gli eventuali lavaggi continui irriganti, composti da soluzioni apposite o saline (es. soluzione fisiologica) che andranno a pulire la vescica o il canale uretrale, tramite catetere in lattice (o siliconato) a tre vie, da eventuali residui ematici o frustoli che potrebbero depositarsi dopo l'intervento entro questi distretti. La possibilità che il catetere venga ostruito da coaguli nelle prime 12 ore dall'intervento (anche con le soluzioni irriganti in situ) è molto alta ed andrà a scendere col passare del tempo. Il personale infermieristico in questa fase dell'assistenza è rilevante nell'economia dell'intervento, perché è proprio dalla regolazione del flusso di queste soluzioni irriganti vescicali che dipende il dolore post intervento del nostro soggetto e dell'esito positivo di tutto l'intervento. Pertanto sarà fondamentale controllare sovente il liquido risultante nella sacca di raccolta, a circuito chiuso, sia per ciò che concerne la sua colorazione che per la quantità, registrata da punti graduati per l'intera larghezza del contenitore (trasparente), collocato in basso (rispetto al catetere) ad uno dei lati del letto. Qualora tale liquido risultasse più ematico della norma l'infermiere aumenterà gradualmente il flusso del lavaggio fino a renderlo il più "chiaro" possibile. Lo staff assistenziale inviterà il pz ad avvertirlo immediatamente qualora avesse una forte sensazione di relativa pienezza della vescica,

che può essere provocata dal deflusso irregolare del lavaggio probabilmente ostruito da eventuali coaguli o frustoli che vanno ad incunearsi nei fori del catetere vescicale, creando una sensazione alquanto dolorosa e pericolosa della vescica iperestesa (o sovradistesa). In effetti questi spasmi vescicali sono la prima causa di complicità che l'infermiere incontra da quando l'operato viene posizionato nel reparto di degenza. Nei casi di manifesta ostruzione del catetere vescicale potremo eseguire delle manovre di emergenza basilari che tendano innanzitutto a ristabilire il normale deflusso del lavaggio. Pertanto l'infermiere potrà eseguire dei lavaggi a bassa pressione immettendo soluzione salina tramite siringa urologica da 60 cc. nella via del catetere preposta al lavaggio, di cui avremo temporaneamente chiuso il deflussore. Tale procedura in genere risulta sufficiente a far defluire l'ostacolo e quindi a svuotare istantaneamente la vescica e diminuire così la fase dolorosa del paziente, provocata da tale complicità. Al termine del procedimento, secondo le prescrizioni mediche, avremo cura di praticare al pz un blando antispastico per diminuire la tensione addominale muscolare, provocata dalle forti contrazioni vescicali e dalla rilevante sensazione dolorosa di tutta l'area provocata appunto da questa interruzione del circuito. Viene eseguito il controllo della pervietà di tutti gli accessi venosi e della loro stabilità e controllate le medicazioni post intervento (asciutte, umide, o ematiche), nonché i punti di inserzione degli eventuali drenaggi e segnalata quantità ed aspetto del risultante. Sarà cura del personale infermieristico controllare tutti i parametri vitali dell'operato (P.A. - F.C. - T.C.) e riportare i valori sulle apposite schede (diarie) o cartelle infermieristiche. Verranno quindi eseguite tutte le prescrizioni terapeutiche del medico e/o dell'anestesista con gli eventuali controlli ematochimici post-operatori. Di notevole importanza risulta essere per il paziente la sedazione del dolore che, di norma, si rivela maggiore nelle prime 24-48 ore dall'intervento e quindi diventa fondamentale pianificare tale conseguenza. All'uopo consulteremo il medico o l'anestesista (qualora il pz non sia già dotato

di dispositivo antalgico) che valuterà caso per caso se adottare una efficiente terapia analgesica. Il trattamento dietetico del paziente prostatectomizzato inizia dal terzo giorno dopo l'intervento poiché nelle successive 48 ore dopo la resezione questi assumerà esclusivamente liquidi e/o nutrienti tramite dieta liquida attraverso uno o più accessi venosi. Dopo tale periodo, quindi, potremo iniziare con dei pasti leggeri (senza pane e frutta) a base di pastina a pranzo per proseguire poi con una dieta sempre più solida e completa. Questo tipo di alimentazione andrà di pari passo al controllo della sua canalizzazione intestinale ed alla completa stabilizzazione psico fisica. I drenaggi eventuali possono essere rimossi tra la III e la V giornata e di conseguenza si potrà movimentare il paziente nei pressi del suo letto con la presenza dell'infermiere. Le dimissioni potranno avvenire tra l' VIII e la X giornata dall'intervento a seconda del suo decorso clinico e potrà uscire dall'ospedale anche con il catetere vescicale per poter essere rimosso ai successivi controlli ambulatoriali. Il personale infermieristico metterà al corrente il soggetto su tutto ciò che concerne la sua attività fuori la struttura di cura, da quella fisica a quella dietetica, da quella igienica a quella sessuale, fino alla gestione del catetere, che potrà essere rimosso entro le tre settimane dall'intervento. Altri consigli riguarderanno le date dei successivi controlli ambulatoriali e tutti i riferimenti telefonici utili al paziente per il reperimento di consigli, notizie ed informazioni (anche a carattere d'urgenza) riguardo la sua attività post intervento. Inoltre sarà informato delle eventuali complicità derivanti la resezione, di cui la più importante risulta essere una più o meno marcata incontinenza urinaria generalmente notturna (ma in molti casi anche diurna). Tale fenomeno potrebbe insediarsi soprattutto dopo le prime ore dalla rimozione del catetere vescicale, ma rimanere complicità fisiologica qualora durasse solo qualche settimana. Le alterazioni a danno dei meccanismi preposti alla continenza in corso di chirurgia pelvica interessano i muscoli, i nervi e la vascolarizzazione, rappresentando principalmente la causa che determina serie

fasi di incontinenza nel pz. Per tale motivo il nostro soggetto verrà eventualmente da noi trattato con tutte quelle metodiche e dispositivi inseriti nel nostro ambulatorio di urodinamica, ove potrà essere riabilitato in tempi brevi. In effetti oggi molte strutture specialistiche di urologia evidenziano l'efficacia di questi esercizi di riabilitazione pelvica, che vanno a ripristinare, anche se non completamente, quei distretti muscolari preposti alla continenza vescicale, dopo l'intervento di prostatectomia radicale.

CONCLUSIONI

Pertanto il nostro scopo rimane quello di elaborare un valido protocollo assistenziale, duttile, al fine di ridurre al massimo l'ospedalizzazione (oltre ai costi) senza per forza abbassare il livello qualitativo e sottoporre il pz a rischi maggiori di complicanze post-operatorie. Inoltre dovranno essere monitorati tutti i vari passaggi della guarigione del soggetto, dalla sua mobilitazione all'efficacia delle terapie mediche, dalle tabelle dietetiche fino ad un valido supporto psicologico. I presupposti per un

utile applicazione di un programma di screening di massa della popolazione apparentemente sana sono:

- la presenza di una malattia di rilevanza clinica con elevata prevalenza
- l'esistenza di metodi diagnostici non invasivi
- l'esistenza di una terapia efficace per la malattia diagnosticata in fase precoce.

Nel'era del PSA più del 70% dei tumori prostatici vengono diagnosticati in una fase ancora localizzata, non metastasica, aggredibile chirurgicamente. L'utilizzo esteso del PSA ha portato a drammatici cambiamenti nella diagnosi, trattamento e follow up dei pazienti con tumore prostatico.

AUTORI

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

bibliografia

- A.UR.O. AUROLine – Linee guida per il carcinoma prostatico – 1998
Montecarlo 1999 – Congresso OMS – Studio Prof. H. Lepor – N.Y. University
Sito Internet AURO – www.auro.it
Uro-Nursing n° 13 – Dicembre 2000
Meazza, Bergomi, Poma, Battaglia – “Assistenza infermieristica in urologia” – McGraw-Hill Editore – 1997
Ettori, Tassani, Luciano, Parma – “Assistenza al pz sottoposto ad intervento di prostatectomia radicale e linfadenectomia” – Brescia 1996 – Corso di Aggiornamento Regionale della Lombardia

L'influenza dell'emodiluzione nel paziente emodializzato sull'esecuzione dei prelievi ematochimici

di Celletti Francesco e Fabio Gangeri

INTRODUZIONE

Cos'è l'emodiluzione

Il corpo ha due compartimenti dove l'acqua si distribuisce continuamente a secondo delle esigenze omeostatiche: il compartimento intracellulare ed il compartimento extracellulare (1). A sua volta il compartimento extracellulare si divide nello spazio interstiziale e nel volume intravascolare (plasma) (Figura n.1 e 2).

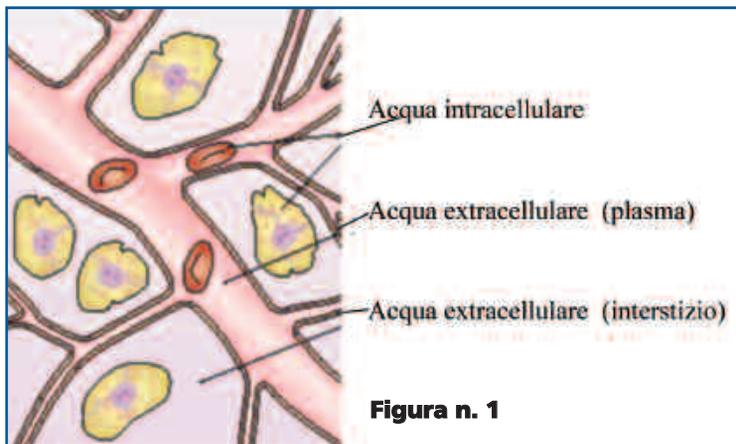


Figura n. 1

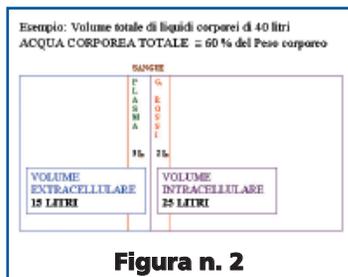


Figura n. 2

Vi è da considerare un terzo compartimento, formato dallo spazio fittizio delle membrane sierose quali la Pleura, il Pericardio e il Peritoneo, che in caso di patologie possono contenere un elevato volume di liquidi.

Lo spostamento dei liquidi tra i compartimenti può avvenire tramite diffusione passiva e/o attiva, pressione osmotica, pressione idrostatica e pressione oncologica (2).

Il compartimento intracellulare rappresenta oltre il 60% del volume dei liquidi, il restante 40% è rappresentato dal compartimento extracellulare. I soluti elettrolitici e non elettrolitici all'interno dei liquidi sono responsabili della pressione oncologica e di quell'osmotica.

La gittata cardiaca e la gravità sono responsabili della pressione idrostatica.

Il trasferimento dei liquidi tra i compartimenti, avviene tramite le membrane semipermeabili cellulari.

Sono così denominate in quanto consentono il libero passaggio dell'acqua secondo

gradiente e solo parziale dei soluti.

Nel solvente, i soluti si dissociano sotto forma di elettroliti, con una propria carica elettrica. L'omeostasi tra gli elettroliti, si ha sempre con uno scambio di un elettrolita con un altro elettrolita della stessa carica nei vari compartimenti, per il mantenimento di un equilibrio elettrico.(Figura n.3)

1	2
$\text{Na}^+ = 150.3$	$\text{Na}^+ = 143.7$
$\text{Cl}^- = 137.3$	$\text{Cl}^- = 143.7$
$\text{Proteine}^- = 13$	$\text{Proteine}^- = 0$

Figura n. 3

Equilibrio elettrico di Gibbs Donnan.

L'emodiluzione pertanto, è la causa dell'espansione del volume del plasma, essa conduce inevitabilmente ad una diminuzione dei valori di concentrazione dell'ematocrito e dell'emoglobina.

In realtà, non si registra una vera e propria diminuzione della parte corpuscolata del sangue ma solo una sua diluizione.

La Bioimpedenza e il BMI

L'infermiere in emodialisi oggi utilizza oltre all'ECG (elettrocardiografo), all'EGA (emogasanalizzatore), al rilevatore per il WBACT (tempo di coagulazione attivato su sangue intero) ed alle avanzate apparecchiature per la gestione della seduta dialitica anche uno strumento portatile in grado di offrire in tempo reale (applicando 4 elettrodi agli arti ed in pochissimi minuti) la composizione corporea (massa magra, massa grassa e acqua) del paziente (Figura n.4-5).

La bioimpedenza è un esame di tipo bioelettrico.

Si basa sul principio che tessuti biologici



Figura n. 4

diversi hanno proprietà conduttive e resistive diverse quando una piccola corrente elettrica viene applicata (inferiore a 5KHz).

Tale corrente può solo interagire negli spazi extracellulari.

La BIA è basata sul principio che i tessuti biologici si comportano come conduttori, semiconduttori o isolanti.(3)

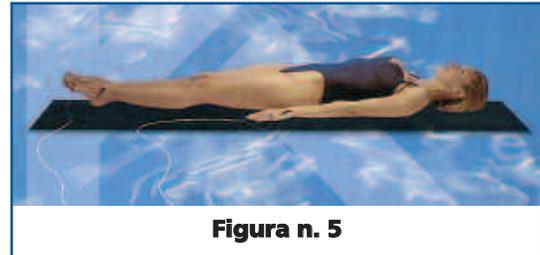


Figura n. 5

Il peso raggiunto dal paziente alla fine di una seduta in emodialisi (HD) che abbia rimosso il massimo di fluidi senza indurre ipotensione viene definito convenzionalmente **Peso Secco**.

Tramite i due valori fondamentali BCM (body cellular mass) ed ECW (extra cellular water) si valuta lo stato di idratazione e nutrizione del paziente). (figura 6 e 7)

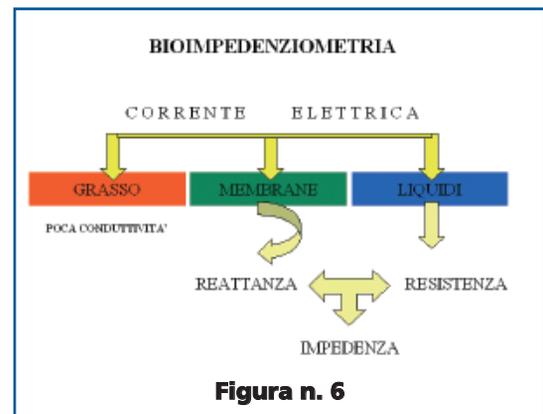
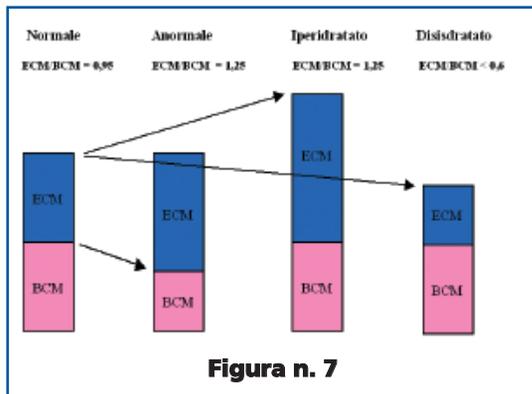


Figura n. 6

La corretta distribuzione dei fluidi è rilevabile dalla proporzione fra acqua totale del corpo (**TBW**) e acqua extracellulare (**ECW**), che nei suoi valori normali oscilla fra il 43 e il 50 %. Valori compresi fra il 39 e il 45 % sono considerati accettabili. Variazioni significative di queste % indicano stati idro-elettrici anormali.

Abbinato alla BIA, per una valutazione più completa, soprattutto per lo stato nutrizionale, viene usato anche il para-



metro **BMI** (Body Mass Index). Il BMI è un calcolo matematico, che considera gli individui tridimensionalmente. Si calcola con la formula $\text{Peso in Kg}/\text{altezza al quadrato in metri}$, il valore ottenuto è poi comparato con standard prestabiliti;

<17 sottopeso

>35 obesità grave.

In presenza di valori di BMI normali, il valore della ECW ci permette di valutarne lo stato di idratazione.

La mia esperienza in emodialisi (osservazione dell'organizzazione della seduta emodialitica).

Nella mia esperienza da tirocinante infermiere nel reparto di Emodialisi dell'Ospedale S.Spirito, ho rilevato che con cadenza mensile, vengono effettuati da parte degli infermieri del reparto, all'inizio della 1° dialisi della settimana, i prelievi ematochimici di routine. Tra una dialisi e la successiva il paziente incrementa il suo peso corporeo per ritenzione di liquidi. L'intervallo più lungo è rappresentato dal periodo compreso tra l'ultima seduta della settimana e la prima della settimana successiva.

Contestualmente per valutare il peso secco del paziente viene effettuata l'analisi corporea mediante bioimpedenziometria. Tale tecnica si esegue con uno strumento portatile al letto del paziente ed in pochi minuti consente di rilevare la composizione e la distribuzione corporea dei liquidi. Premesso che, i prelievi possono essere effettuati in tre periodi differenti della settimana di dialisi:

periodo lungo: 1° dialisi della settimana, di solito il lunedì o martedì, a seconda che il paziente è assegnato al turno dei giorni dispari o pari ma comunque a distanza di circa 72 ore dalla

dialisi precedente;

periodo midweek: 2° dialisi della settimana, di solito mercoledì o giovedì, dopo circa 48 ore dalla precedente seduta;

periodo breve: 3° dialisi della settimana, di solito venerdì o sabato, dopo circa 48 ore dalla precedente seduta;

Solitamente i prelievi ematici vengono effettuati prima della dialisi nel momento in cui il paziente è nelle condizioni peggiori dal punto di vista depurativo cioè nel **periodo lungo**.

A questo punto nascono i miei dubbi: era giusto effettuare il prelievo ad un paziente emodializzato nella 1° dialisi della settimana, per valutare ad esempio l'anemia (emocromo) da cui dipende la prescrizione e quindi il consumo dei farmaci (eritropoietina, ferro, vitamine) ?

Il periodo lungo comporta valori di Hb sottostimati a causa dell'emodiluzione e pertanto un'eccessiva correzione dell'anemia mediante la terapia con eritropoietina.(4)

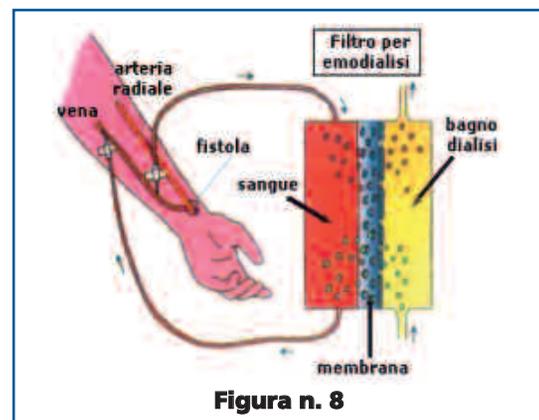
Occorre tuttavia tenere presente che in corso di dialisi si verifica un aumento medio dell'emoglobina del 9-13%.

A questo punto, quale è il periodo migliore per effettuare il prelievo?

In pre o in post dialisi, della 1°, 2° o 3° seduta dialitica della settimana ?

L'espansione del volume extracellulare misurato ad inizio seduta (per incremento **interdialitico**) dipende dalla quantità di diuresi residua e dall'introito idrico del paziente.

Le variazioni **intradialitiche** dell'ematocrito (Hct) dipendono principalmente dall'acqua rimossa durante le sedute.(Figura 8)



Soltanto dopo alcune ore dal termine della seduta dialitica alcuni valori ematochimici, come l'emoglobina (Hb), raggiungono un equilibrio, dovuto ad una ridistribuzione dell'acqua nei compartimenti extracellulare (sia intravascolare che extravascolare) ed intracellulare.

La valutazione di questo parametro ematico potrebbe comportare un'errata prescrizione dell'eritropoietina (**rHuEPO**) da somministrare al paziente con eventuali risvolti negativi clinici ed economici. Le linee guida suggeriscono di utilizzare l'Hct pre-dialitico per la prescrizione dell'EPO, ma probabilmente in alcuni pazienti bisognerebbe tener conto dell'incremento del **peso interdialitico**.

E' ormai accettato che il raggiungimento della concentrazione di soli 9-10 g/dl di Hb, non produca risultati in termine di qualità della vita(5), osservati invece a livelli di 10-11 g/dl di Hb (6).

La somministrazione ottimale delle eritropoietine e' quella che consente al paziente di raggiungere il target dell'ematocrito stabilito dalle linee guida con la dose minima e con i minori effetti collaterali.

Per questo motivo è importante valutare il momento più opportuno per effettuare il prelievo che stabilirà la terapia dell'eritropoietina per il paziente in emodialisi.

L'obiettivo della terapia e' la cura e la prevenzione dell'anemia da insufficienza renale cronica e/o neoplasia che presenta anche risvolti di miglioramento nei confronti di patologie cardiache parzialmente reversibili(7).

In ultima analisi è da sottolineare che l'impiego dell' **rHuEPO** rappresenta un impegno economico rilevante per la spesa sanitaria e pertanto debbono essere applicate tutte le condizioni che ne comportino un risparmio del consumo nel trattamento dell'anemia. Quindi la valutazione dell'anemia è un punto cardine per la realizzazione di un'oculata prescrizione di tale farmaco.

SCOPO

L'infermiere in dialisi prepara con anticipo i prelievi di routine mensile e li effettua prima della seduta emodialitica.

Lo scopo di questo lavoro è stato di va-

lutare se l'organizzazione dei prelievi di routine nel paziente emodializzato deve essere modificata a causa dell'emodiluzione presente all'inizio del trattamento emodialitico. Se ciò si conferma, il nefrologo indica in quale situazione l'infermiere deve effettuare un prelievo aggiuntivo o spostare la routine in un altro momento (pre o post dialisi della prima, seconda o terza dialisi della settimana). Per verificare tale eventualità è stato necessario valutare:

l'influenza dell'emodiluzione sul parametro ematocrito o sul parametro emoglobina (Hb). Tali parametri sono essenziali nella valutazione dell'anemia nel paziente emodializzato che si presenta all'inizio della seduta emodialitica con un volume circolante espanso (a causa dell'anuria);

"il periodo" migliore (pre dialisi, post dialisi) del prelievo nel paziente emodializzato.

I prelievi, nella maggioranza dei casi, sono effettuati ai pazienti in pre-dialisi nell'**intervallo lungo**, e possono, a causa dell'emodiluzione, produrre dei risultati non aderenti alle reali condizioni cliniche.

Ad esempio emoglobina ed ematocrito possono risultare sottostimati e quindi indurre una prescrizione di eritropoietina, superiore alle reali necessità del paziente.

Quindi questo lavoro si pone come obiettivo di verificare l'esistenza di tale situazione ma anche di valutare il ruolo dell'infermiere sulla scelta del momento più idoneo per praticare i prelievi ematochimici al paziente sottoposto ad emodialisi cronica.

Tale obiettivo potrebbe condurre, se confermato, all'adozione di protocolli da attuare in accordo con il nefrologo.

MATERIALI E METODI

Presso l'U.O.C. di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale S.Spirito di Roma sono stati valutati alcuni parametri ematochimici relativi all'anemia (Hb g/dl pre e post dialisi, Hct % pre e post dialisi) e la distribuzione dell'acqua corporea (ECW %) utilizzando lo strumento STA BIA (biompedenziometria della Akern srl) su un campione di 15 pazienti uremici (9

maschi – 6 femmine), età 60 ± 13 anni (range 37-76), in emodialisi cronica da in media da 34 ± 28 mesi (range 5 - 93), 10 paz. in anuria e 5 paz. con diuresi conservata 1200 ± 300 cc (range 900-1500 cc).

Da questo studio erano stati esclusi tutti i pazienti affetti da patologie infiammatorie acute, epatiche e/o neoplastiche.

Gli esami ematochimici per lo studio dell'anemia erano corredati anche dei parametri relativi all'assetto del ferro (sideremia, TSAT, ferritinemia), dell'infiammazione (PCR), dell'iperparatiroidismo (PTHintatto) e dell'efficienza del trattamento emodialitico misurato con l'URR % (Urea Reduction Rate).

Tali parametri è noto che contribuiscano al fabbisogno di eritropoietina nel paziente con anemia da IRC.

E' stato misurato anche il BMI ed è stata rilevata la quantità di eritropoietina prescritta per la correzione dell'anemia.

I risultati più importanti, sono stati rappresentati graficamente tramite istogrammi e unificati tramite tabelle. I test statistici utilizzati sono stati: il test T di Student per dati appaiati e la correlazione lineare (software Excel di Microsoft Office 2003).

RISULTATI

E' stata rilevata una significatività statistica ($< 0,001$) tra l'emoglobina e l'ematocrito pre e post dialisi. La differenza dell'Hb tra pre e post dialisi è stata di 1 g/dl (vedi grafico n.1) e per l'ematocrito del 3 %.

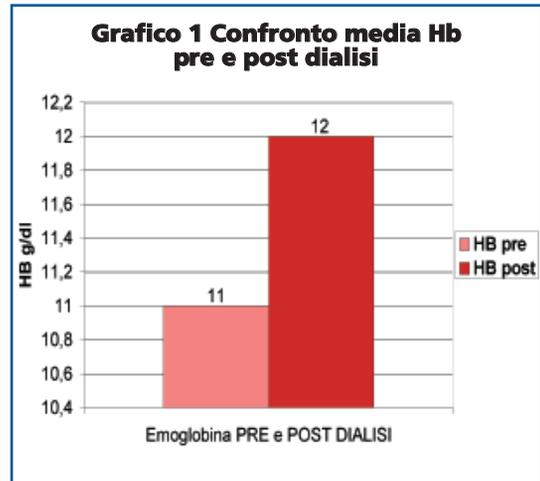
La media dell'Hb pre tra i 15 pazienti presi in esame è di 11 g/dl(range 8,5-13,5).

La media dell'Hb post è di 12 g/dl (range 9,1-15,3).

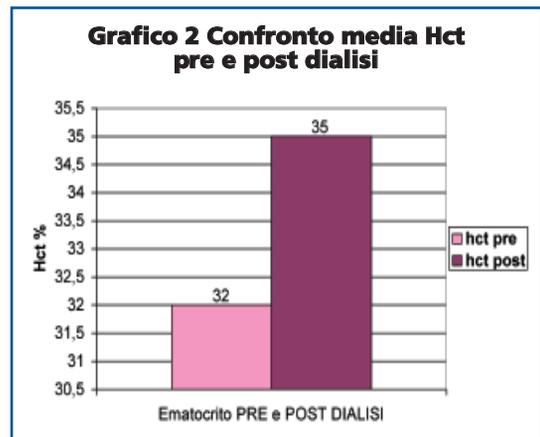
La differenza percentuale tra Hb pre-post dialisi (DHb) è stata invece di 11 ± 5 %.

Dai dati si rileva inoltre che 7 pazienti su 15 (circa il 50%) presentano in post dialisi un incremento del valore di emo(Hb) rispetto al pre dialisi superiore

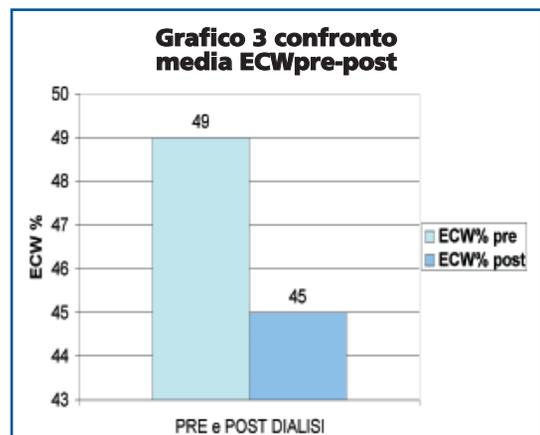
al 10% (range DHb11,4 – 19,8 % e range Hb 10,5-15,5g/dl).



La media dell'Hct pre dialisi è stata del 32 % (grafico n.2) e quella post dialisi del 35 % (range Hct % pre 24,3 - 38,7; range Hct % post 26,7 - 45,4).



E' stata rilevata anche una significatività statistica ($< 0,001$) tra il volume extracellulare in percentuale (ECW %) tra pre e post dialisi del 4 % in valore assoluto



con una riduzione (DECW %) del volume extracellulare del 7 %.

La media dell'ECW pre dialisi è stata del 49 % (grafico n.3) e quella post dialisi del 45 % (range ECW % pre 43 – 55 e post 39,6 - 49,2).

La riduzione dell'ECW tra pre e post dialisi è stata del 7%, (range 3-16).

Non è emersa invece una correlazione tra l'incremento dell'ematocrito e la riduzione dell'ECW tra pre e post dialisi.

Il BMI rilevato nella popolazione è di 25 ± 3 kg/mq.

Tra BMI e DECW % emerge una discreta correlazione ($r = 0,421$).

Non è emersa invece l'attesa correlazione tra DECW % e DHb.

Riguardo la diuresi, la media è stata di 380 cc, 5 paz. su 15 sono con diuresi conservata (30% dei pazienti) con una media di 1200 ± 300 cc.

Dei 10 pazienti in anuria, 6 p.(60%) hanno la D ECW% >5. Dei 10 pazienti in anuria, 6 p.(60%) hanno la D-Hb% >10

Dei 10 p. in anuria, 5 p.(50%) hanno la D-Hct%>10

DISCUSSIONE

La mancata correlazione tra l'incremento dell'ematocrito e la riduzione dell'ECW tra pre e post dialisi avviene probabilmente per la ridistribuzione dell'acqua nei vari compartimenti.

Stabilire se il dato in post dialisi sia nel "target" della normalità è molto difficile in quanto il valore normale dell'ECW dipende dall'età, dal sesso e i valori normali sono stabiliti utilizzando popolazioni di riferimento (neoplastici, nefropatici, diabetici, cardiopatici, atleti, etc.). In emodialisi è importante stabilire il valore normale dell'ECW anche perchè da tale parametro si risale al peso secco. La risposta potrebbe dipendere da un marcato "refilling" (passaggio di liquidi dal compartimento interstiziale a quello vascolare), da altri fattori quali, ad esempio, un' errata valutazione del peso secco (e pertanto un volume di acqua corporea totale elevata) oppure da una presenza rilevante di soluti circolanti (ipernatremia, iperazotemia).

Per quanto riguarda la correlazione tra

BMI e DECW % emerge che in una certa percentuale di pazienti (circa il 40 %) con massa corporea più elevata tenderebbero ad emoconcentrarsi maggiormente rispetto a quelli con massa inferiore forse a causa della maggiore presenza di massa grassa che notoriamente rallenta i passaggi di liquidi tra i vari compartimenti. La mancata correlazione attesa tra DECW % e DHb ci suggerisce che mentre in condizioni normali tale evento è sempre valido, nei pazienti in emodialisi non è rilevabile per i suddetti motivi. Nella quasi metà dei pazienti l'incremento del valore di emoglobina (Hb) rispetto al pre dialisi è superiore al 10%. Se in questi pazienti si tenesse conto di tali valori la prescrizione di eritropoietina, per mantenerla nel range suggerito dalle linee guida sia nazionali che internazionali, sarebbe minore di quella prescritta tenendo conto dei valori pre dialitici. Inoltre se l'emoglobina è troppo al di sopra del range consigliato (11 – 13 g/dl) esporrebbe il paziente a possibili fenomeni trombotici con gravi ripercussioni anche sull'accesso vascolare per l'emodialisi (trombosi della fistola artero-venosa). Nei restanti pazienti (8/15) non si è verificato l'incremento atteso dell'emoglobina dovuto all'emoconcentrazione indotta dalla sottrazione intradialitica. Una ricerca effettuata da nefrologi dell'Università di Brescia nel 2004, dimostra che l'emodiluzione nel periodo lungo interdialitico, altera i valori dell'Hb % in rapporto all'aumento del TBW % (total body water %).

Nelle prime 24 ore interdialitiche i liquidi passano dal comparto intravascolare al comparto interstiziale e dopo le 24 ore interdialitiche, i liquidi rientrano "refilling" dal comparto interstiziale a quello intravascolare, diluendo il plasma in maniera crescente, con una espansione massima del comparto intravascolare nelle ultime 24 ore prima dell'HD. Valutando che il periodo interdialitico lungo è formato da 72 ore, i prelievi dovrebbero dimostrare questo passaggio di liquidi, con una emodiluzione nel lungo periodo, maggiore degli altri due periodi interdialitici.

Le linee guida della SIN (società italiana di nefrologia) nel 2003, indicano come parametro ottimale da raggiungere per

la correzione dell'anemia nei pazienti in emodialisi un Hb > 11 g/dl e un Hct > 33 %; inoltre si consiglia di non superare l'Hct del 36 %, perché l'emoconcentrazione potrebbe avere conseguenze negative sulla fistola arterovenosa a rischio di trombosi.

Lo studio effettuato nell'Ospedale S.Spirito, mette in evidenza che su una popolazione di 15 pazienti presa in esame in pre/post-emodialisi, l'emodiluizione è ovviamente rilevabile ad inizio seduta. Nei pazienti in anuria, molto più a rischio di emodiluizione, 5 su 10 (50%) hanno una D-Hct > 10 %. Da questi dati è evidente che non è stata rilevata un'omogeneità di situazioni di emodiluizione ed emoconcentrazione nei pazienti studiati e nemmeno nei pazienti anurici, che dovrebbero avere il comparto intravascolare molto diluito; il 40% hanno un D-ECW < 5 %. Di fronte a questi dati si può affermare che la prescrizione del medico ad effettuare i prelievi pre dialisi comporta una valutazione dell'anemia in una percentuale variabile di casi ambigua se non correlata al grado di emodiluizione.

Si rende obbligatorio pertanto un utilizzo degli strumenti (bioimpedenza) e degli esami (BMI, parametri nutrizionali) sul paziente emodializzato da parte dell'equipe medico-infermieristica teso a rilevare in quali pazienti occorre effettuare una doppia determinazione (pre e post dialisi), ammesso che basti, per consentire al medico referente di essere nelle condizioni di interpretare correttamente i parametri relativi al controllo dell'anemia.

Un altro aspetto importante è quello di realizzare un nuovo protocollo per codificare in quali condizioni debba modificare la procedura dei prelievi ematochimici.

CONCLUSIONI

Valutando i risultati di questo studio è emerso che:

non è sufficiente valutare i parametri (Hb, Hct) ad inizio seduta per la prescrizione di eritropoietina;

la variazione dell'ECW tra inizio e fine dialisi non è correlata alle variazioni dell'Hb.

Una percentuale stimata intorno al 48 %

della popolazione esaminata ha presentato a fine dialisi valori di emoglobina superiori al 10% rispetto a quelli determinati ad inizio seduta.

L'emoconcentrazione alla fine della seduta è risultata variabile da paziente a paziente stimata dalla percentuale dell'acqua corporea extracellulare mediante biimpedenziometria. Tale variabilità è influenzata probabilmente dal diverso "refilling" che avviene in ogni paziente, determinato dalla quantità dei soluti circolanti (ipernatremia, iperazotemia) (8) o da un'errata valutazione del peso secco. L'Università di Brescia in un recente studio (9) ha indicato una nuova strada da seguire asserendo che l'emodiluizione è massima nelle ultime 24 ore del periodo "lungo" pertanto bisognerà rivalutare il tutto mediante esecuzione di nuovi prelievi nel periodo "breve post dialisi".

Ciò conferma l'estrema variabilità dello stato di emoconcentrazione anche nel corso della settimana nei pazienti emodializzati.

Tale situazione impone una rivalutazione dell'utilizzo della biimpedenziometria, oppure utilizzando il sensore ottico, che rileva nel corso di dialisi la riduzione del volume ematico circolante sulla linea del circuito extracorporeo, ormai presente in quasi tutte le apparecchiature per emodialisi.

La valutazione dell'emodiluizione pre dialitica assume una notevole rilevanza sia dal punto di vista clinico, per evitare una maggiore prescrizione di eritropoietina rispetto al reale fabbisogno, sia dal punto di vista economico, per un eccessivo consumo di un farmaco ad alto costo.

In conclusione diciamo che l'infermiere che accetta il paziente all'inizio del trattamento valuta il peso e quindi l'incremento ponderale rispetto al peso d'uscita dell'ultima HD. In base ad un parametro stabilito con il medico referente prima del prelievo di "routine", ad esempio la percentuale di acqua corporea extracellulare ricavata dall'esame biimpedenziometrico, si potrebbe procedere all'esecuzione del prelievo anche in post dialisi oppure rinviare il prelievo alla fine della dialisi nell'intervallo "breve".

Limiti e consigli

Tale studio necessita di un campione più ampio e il periodo di osservazione andrebbe esteso anche, sia in pre che in post dialisi alle successive sedute settimanali.

Il prelievo effettuato nel periodo breve post-dialisi o addirittura circa 12 ore dopo (a completo refilling dell' acqua nel compartimento vascolare), potrebbe, in alcuni pazienti, evidenziare un valore di Hb aderente al reale stato di emocostruzione.

Questo studio pertanto suggerisce una revisione delle procedure e dei protocolli relativi agli esami di routine a cui i pazienti in dialisi sono sottoposti con cadenza mensile.

AUTORI

*Celletti Francesco Infermiere
Prof. Fabio Gangeri "Relatore"
U.O.C. Dialisi e Nefrologia
Ospedale "Santo Spirito"*

bibliografia

Kokko, J , & Tannen, R. (1996). Fluid and electrolytes (3rd ed.) Philadelphia, W.B. Saunders.

Brunner Suddarth, et al. Nursing Medico-Chirurgico. Casa Editrice Ambrosiana. Vol.1,2001;13:232-34.

Heymsfield SB, Wang ZM, Visser M, et al. Techniques used in the measurement of body composition: an overview with emphasis on bioelectrical impedance analysis. Am J Clin Nutr 1996;64:478S-484S.

Movilli E, Pertica N, Camerini C, Cancarini GC, Brunori G, Scolari F, Predialysis vs postdialysis hematocrit evaluation during EPO therapy. Am J Kidney Dis. 2002 Apr;39(4):850-3.

Evans RW, Rader B, Manninen DL, Cooperative Multicenter EPO Clinical Trial Group. The Quality of life of hemodialysis recipients treated with recombinant human erythropoietin. JAMA 1990;263:825-30.

Bellizzi V, Minutolo R, Terracciano V et al.

Influence of cyclic variation of hydration status on hemoglobin levels in hemodialysis patients. Am J Kidney Dis 2002;40:549-55

Ismail N, Becker BN.

An opportunity to intervene: erythropoietin for the treatment of the anaemia in pre-dialysis patients.

Nephrol Dial Transplant 1998;13:14-7.

Kimyra G, Gotch FA.

Serum sodium concentration and body fluid distribution during interdialysis: importance of sodium to fluid intake ratio in hemodialysis patients. Int J Artif Organs 1984; 7: 331-336.

Movilli E, Cancarini CG, Cassamali S, Camerini C, Brunori G, Maffei C.

Inter-dialytic variations in blood volume and total body water in uraemic patients treated by dialysis.

Nephrol Dial Transplant. 2004 Jan; 19(1):185-9.

LESIONI CUTANEE DIFFICILI

LINEA GUIDA SUL TRATTAMENTO AVANZATO

di Paolo Pacitto

Il corretto approccio scientifico per la cura delle lesioni difficili, (piaga da decubito, piede diabetico neuropatico, ulcera venosa dell'arto inferiore, lesione chirurgica da seconda intenzione, ustione di secondo grado)

Il trattamento delle ferite è probabilmente il primo problema di ordine medico affrontato dall'uomo nel corso della sua storia e cenni al trattamento delle ferite si trovano in testi antichissimi quali il "papiro Smith" ed altri testi provenienti, oltre che dalla civiltà egizia, da quelle mesopotamica, ebraica (la stessa Bibbia) cinese, indiana, greca, araba e romana. Già duemilacinquecento anni fa, Ippocrate aveva intuito che il trattamento razionale di una ferita richiede una serie di interventi differenziati; dopo venticinque secoli questi principi sono ancora validi e sono la base dei più moderni protocolli terapeutici di trattamento delle ferite. L'Advanced Wound Care, come gli anglosassoni definiscono i "protocolli integrati di trattamento delle ferite", non è altro che l'uso contemporaneo o sequenziale di tutti quei provvedimenti terapeutici, sia di tipo farmacologico che di tipo fisico, che consentono una riparazione ottimale della ferita, in termini di tempo e di qualità, riducendo nel contempo i disagi per il paziente ed i costi sociali che l'assistenza comporta. I progressi della ricerca scientifica sui meccanismi della riparazione tissutale hanno consentito, nell'ultimo mezzo secolo, di chiarire la sequenza di eventi che si innesca al momento del "vulnus" e che porta sino alla riepitelizzazione, cioè alla chiusura della lesione;

quali siano le popolazioni cellulari coinvolte ed i meccanismi biochimici attraverso cui viene ricostruito un tessuto di sostituzione; quali siano le cause che possono rallentare il processo fisiologico di riparazione tissutale e come intervenire per riportarlo alla normalità. Pochi esempi possono già dare un'idea della rivoluzione in atto in questo settore. I biomateriali, nell'Advanced Wound Care, hanno pressochè completamente sostituito, come materiali di copertura, la garza di cotone in quanto consentono di controllare molto meglio il microambiente nei dintorni della ferita, regolando gli scambi gassosi, drenando l'essudato in eccesso, impedendo la contaminazione batterica, fungendo da matrici per il rilascio controllato dei farmaci. La biocompatibilità di questi materiali è diventata tale da permettere la coltivazione, in vitro, su di essi, di cheratinociti (cellule responsabili della riepitelizzazione) impiantabili sul paziente, così da semplificare enormemente i trattamenti che richiedono, per la gravità delle lesioni, l'uso di una "pelle artificiale". L'uso di antibiotici ad ampio spettro nel trattamento locale delle lesioni viene quasi del tutto evitato ed è sostituito dall'impiego di disinfettanti ad attività battericida sempre più elevata e con ridotta istolesività sui tessuti. La rimozione del tessuto necrotico delle piaghe viene, quando possibile, eseguita mediante digestione enzimatica piuttosto che per via chirurgica, in quanto più fisiologica e meno traumatica. L'uso dei fattori di crescita cellulari per stimolare la riparazione tissutale e di alcune citochine per controllare il rimodellamento del tessuto trova sempre più convincenti dimostrazioni nei modelli. Questi pochi

esempi danno un'idea delle ricerche che si stanno sviluppando in questo settore della medicina dai risvolti socio-economici importanti. Basti pensare all'incidenza crescente nella popolazione delle piaghe croniche (ulcere diabetiche e da stasi venosa, piaghe da decubito); che il costo medio di trattamento per paziente è di circa 1000 dollari; che oltre sei milioni di pazienti/anno nella sola Europa Occidentale necessitano di cure per queste patologie. I costi sociali sono dunque elevatissimi e l'introduzione di materiali e/o farmaci innovativi non solo ha già contribuito a ridurli, ma si prevede li abatterà ulteriormente di circa il 50% entro cinque anni. Sul versante dell'industria, molti dei maggiori gruppi multinazionali sono impegnati in ricerche sulla riparazione tessutale, un settore il cui mercato è attualmente di circa 2.3 miliardi di dollari.

Definizione di piaga da decubito:

Una piaga da decubito è una lesione tessutale con evoluzione necrotica, che interessa la cute, il derma, e gli strati sottocutanei, fino a raggiungere negli stadi più gravi i muscoli e le ossa.

Le lesioni da decubito non sono una conseguenza inevitabile di elementi concomitanti quali:

l'età avanzata, la necessità di seguire terapie citostatiche, la permanenza a letto per lunghi periodi e la prolungata immobilità.

Esse rappresentano, purtroppo, il perfetto fallimento dell'assistenza in ambiente ospedaliero e domiciliare. Il vero problema non risiede nel numero di lesioni da decubito registrato in un reparto, ma nell'esiguità del tempo di assistenza infermieristica spesso dedicato a tale patologia.

Tra i fattori che determinano una piaga da decubito possiamo dividerli in LOCALI, o SISTEMICI

Fattori locali:

Pressione - quando la pressione esercitata dal peso corporeo sul piano di appoggio, supera dei periodi prolungati di

2 ore con dei valori pressori che superano i 32mmHg, si crea una condizione di ischemia dei tessuti, con conseguente necrosi tessutale, che evolve a stadi, iniziando dai tessuti sottocutanei. **Forze di stiramento o di taglio** - I vari segmenti corporei tendono a scivolare da una posizione all'altra se non vengono sorretti da una idonea postura, determinando a livello della cute interessa una pressione

tangenziale, con effetto di stiramento, microtrombosi locali, ostruzione e rescissione dei piccoli vasi sanguinei con conseguente necrosi tessutale profonda. **Attrito o frizione** - E' la forza esercitata da due superfici per sfregamento delle due parti, preparando la cute ad eventi lesivi.

Fattori sistemici: Età - i soggetti anziani sono più predisposti a sviluppare una lesione da decubito a causa delle modifiche della cute legate all'invecchiamento quali: diminuzione del tessuto adiposo sottocutaneo, la diminuita risposta immunitaria cellulo mediata, la diminuita percezione del dolore, il rallentamento alla guarigione delle ferite, la riduzione del microcircolo, la diminuita risposta infiammatoria locale, la diminuzione della sensibilità e dell'elasticità. **Riduzione della mobilità** - ogni malattia o condizione che riduca nella persona l'abilità a muoversi liberamente aggrava il rischio di insorgenza di lesione. La compromissione dello stato mentale, le malattie psichiatriche o neurologiche, la sedazione farmacologica, il dolore o le fratture ossee, diminuendo la mobilità del soggetto, costituiscono fattori di rischio per la comparsa di lesioni. **Malnutrizione** - Lo stato nutrizionale può essere severamente compromesso nei soggetti anziani, nelle iperpiressie prolungate e nella cachessia neoplastica. Uno stato di malnutrizione condiziona lo sviluppo di lesioni.

Classificazione delle lesioni secondo il National Pressure Ulcer Advisor Panel

STADIO 1: Eritema stabile della pelle (non lacerata) non reversibile alla digitopressione; il segnale preannuncia l'ulcerazione della pelle.

1) Posizionare materassino ad aria del tipo dinamico (codice iso 03.33.06.018 materasso ad aria con camera a gonfiaggio alternato, con compressore) 2) Anche in caso di positività alla scala di Norton, se non si presenta alcuna lesione posizionare materassino antidecubito del tipo dinamico. 3) Se il paziente presenta incontinenza alle urine, posizionare nell'uomo, (catetere esterno in MATERIALE ANTI ALLERGICO auto adesivo, previo tricotomia, del tipo Guaina autoadesiva cod iso 09.24.09.003 da scegliere il giusto diametro), se il paziente non riesce a mantenere in sede il catetere esterno, passare al catetere a permanenza, a silicone (codice iso 09.24.03.033 con busta sterile), nella donna, (catetere a permanenza a circuito chiuso, con busta sterile antireflusso)

queste 2 manovre devono essere effettuate anche nelle lesioni di secondo, terzo, quarto grado



Medicazione del tipo avanzato, in lesione di primo stadio.

Osservare n1 è n2, n3

3) Irrigar la lesione con fisiologica 4) tamponare con garze sterili in T.N.T.

5) **posizionare idrocolloide dimensione ideali.**

da rimuovere ogni 3/4 giorni, in base alla permanenza

STADIO 2: Ferita a spessore parziale che coinvolge l'epidermide e/o il derma. L'ulcera è superficiale e si preannuncia clinicamente come un'abrasione, una vescica o una leggera cavità.

1) In caso d'infezione, colonizzazione, contaminazione, detergere con acqua distillata. 2) Tamponare con garze sterili in T.N.T (tessuto non tessuto) 3) **Posizionare argento in nanocristalli**, (in caso d'uti-



lizzo di medicazione a nanocristalli di argento usare solo acqua distillata), si possono usare antisettici come, **cloro-**

xidina acetata in garze, OPPURE cadoxomero iodico polvere, OPPURE PASTA, oppure acido ialuronico sale sodico 0,2% e sulfadiazina argenticata 1%, (gli antisettici di ultima generazione che mirano alla regressione dell'infezione sono ottime, da attuali evidenze scientifiche risulta che hanno maggiore effetto degli antibiotici per via generale, velocizzano il processo di regressione dell'infezione, controllando il bilancio batterico della lesione)

4) Chiudere con medicazione **secondaria in poliuretano**, supporto di cerotto in TNT.

5) Lasciare in sede argento in nano cristalli PER 3/4 GIORNI, RINNOVARE SOLO la medicazione secondaria, INVECE

la clorexidina GARZE, cadoxomero iodico polvere, acido ialuronico sulfadiazina argenticata 1%, rinnovare ogni giorno

6) Interrompere il trattamento dopo la regressione dell'infezione, colonizzazione, contaminazione.

7) In caso d'assenza d'infezione, irrigare con fisiologica.

8) Tamponare con garze sterili in T.N.T

Posizionare **idrocolloide dimensione ideale.**

Medicazione da rinnovare 1 volta ogni 3/4 giorni. In base alla permanenza in sede.

STADIO 3: Ferita a tutto spessore che implica danno o necrosi del tessuto sottocutaneo e che si può estendere fino alla fascia sottostante, ma senza attraversarla. L'ulcera si presenta clinicamente come una profonda cavità che può o non può essere sottominata

) Se presenta infezione, colonizzazione, contaminazione trattare come schema sopra.

2) Dopo aver ottenuto la regressione dell'infezione, irrigare con fisiologica.

3) Tamponare con garze sterili in T.N.T

4) Se la lesione presenta tessuto necrotico, oppure fibrina, posizionare idrogel, in lesione molto cavitare utilizzare anche gel Conformabile in garza, oppure microgranuli di hyaff ed alginato di sodio.

5) Chiudere con medicazione schiuma idrocellulare di poliuretano, questo trattamento deve durare fino a completa regressione del tessuto necrotico, fibrina, prima di iniziarlo deve essere assente ogni principio d'infezione, colonizzazione, contaminazione. medicazione da rinnovare ogni 3/4 giorni. Da valutare gli esudati.

6) Dopo aver ottenuto lo sbrigliamento della lesione (assenza totale di fibrina e

tessuto necrotico, infezione, colonizzazione, contaminazione.)

7) Irrigare con fisiologica

8) Se la lesione è molto essudante, cavitaria, oppure sottominata, non si nota infezione, necrosi, fibrina, dopo aver ottenuto un'ottima preparazione del letto della lesione. Può essere trattata:

9) Detergere con fisiologica

10) Posizionare all'interno **medicazione cavitaria in poliuretano, oppure Alginato,**



11) Chiudere con medicazione **schiuma idrocellulare di poliuretano**. Le medicazioni idrocellulari in schiuma di poliuretano sono ideali nel creare un'eccezionale ambiente umido, ad ottimizzare i rinnovi delle medicazioni, favorendo la riparazione tissutale, esistono sotto forma commerciale in svariati formati, adhesive, non adhesive, cavitariae, sagomate per il sacro, per il tallone.

Rinnovo della medicazione ogni 45 giorni IN BASE ALLA PRODUZIONE DI ESSUDATI. In caso di utilizzo di medicazioni attive quali (Modulatori delle proteasi, Fattori di crescita cutanei, medicazione a base di acido ialuronico, gel piastrinico, ecc.ecc.)

Come medicazione secondaria può essere **utilizzata la schiuma di poliuretano idrocellulare.**

STADIO 4: Ferita a tutto spessore con estesa distruzione dei tessuti necrosi o danno ai muscoli, ossa o strutture di supporto (es. tendini, capsula articolare, ecc).

In caso d'infezione, contaminazione, colonizzazione, eseguire trattamento come sopra.

1) In caso di presenza di necrosi, fibrina

eseguire trattamento come sopra.

2) Dopo aver ottenuto regressione dell'infezione, della fibrina, necrosi.

3) Irrigare con fisiologica

4) Se la lesione non è molto essudante, non si nota infezione, necrosi, fibrina, dopo aver ottenuto un'ottima preparazione del letto della lesione.

5) Detergere con fisiologica

6) Tamponare con garza sterile

7) Posizionare all'interno **schiuma idrocellulare in poliuretano cavitaria, oppure Alginato**

Chiudere con medicazione schiuma idrocellulare di poliuretano.

Le medicazioni idrocellulari di poliuretano esistono in forma plus(per lesioni molto essudanti), in versione cavity per lesioni cavitariae, l'associazione, cioè posizionare all'interno della lesione cavitariae poliuretano idrocellulare cavity, chiudere con poliuretano idrocellulare plus, garantisce eccellente permanenza in sede della medicazione per molti giorni, favorendo un' ideale ambiente umido, atto alla riparazione dei tessuti. In caso di utilizzo di



medicazioni attive al contatto della lesione come, Modulatori delle proteasi, Fattori di crescita cutanei, medicazione a base di acido ialuronico, Pappe piastriniche, ecc.ecc

Come medicazione secondaria può **essere utilizzata la schiuma idrocellulare in poliuretano.**

Rinnovare la medicazione ogni 45 giorni. Sempre in base alla produzione d'essudati **Lesione al termine del trattamento con medicazioni avanzate, dopo aver ottenuto:** regressione dell'infezione, colonizzazione, contaminazione, regressione della necrosi, regressione della fibrina, regressione degli essudati, WBP (vedi ca-



pitolo WOUND BED PREPARATION) ORA LA LESIONE è PRONTA PER GUARIRE, in questo caso se la lesione presenta notevole resistenza alla guarigione possono essere usati modulatori della lesione, fattori di crescita, moderne proteine che favoriscono la riparazione, collagene derivanti dalla seta, innesti cutanei sintetici di ultima generazione bioingegnerizzati,

acido ialuronico in hyaff, **Gel piastrinico autologo oppure omologo**, ecc Sono medicazioni attive riescono ad attivare la matrice di ricostruzione della lesione, favorendo la riparazione dei tessuti lesionati, vanno usate in lesioni resistenti al trattamento con medicazioni avanzate, in lesioni croniche presenti da molti anni. "Non esiste la medicazione ideale, ma il trattamento studiato sulla base delle esigenze individuali: Ogni paziente è un mondo a sé" Importante nota: Le medicazioni avanzate, ed attive non necessitano di prescrizione medica, sono prodotti che l'infermiere che ha esperienza nel campo del wound care può prescrivere tranquillamente, ed applicare le linee guida scientificamente convalidate, dando molta autonomia professionale.

AUTORE

Paolo Pacitto - Infermiere

bibliografia

D.L. Krasner, G.T. Rodeheaver, R.G. Sibbald, Advanced Wound Caring for the New Millennium. In D.L. Krasner, G.T. Rodeheaver, R.G. Sibbald, Chronic Wound Care: A Clinical Sourcebook for Healthcare Professionals III ed. Wayne, Pa.: HMP Communications, 2001. Acute Pain Management Guideline Panel. Clinical Practice Number 1: Acute Pain Management: Operative or Medical Procedures and Trauma. Rockville, Md: US Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Policy and Research: 1992, AHCPR Publication 92-0032. Management of Cancer Pain Guideline Panel. Clinical Practice Guideline Number 9: Management of Cancer Pain. Rockville, Md: US Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Policy and Research: 1994. AHCPR Publication Number 94-0592. D.L. Krasner, Caring for the Person Expe-

riencing Chronic Wound Pain. In D.L. Krasner, G.T. Rodeheaver, R.G. Sibbald, Chronic Wound Care: A Clinical Sourcebook for Healthcare Professionals III ed. Wayne, Pa.: HMP Communications, 2001. G.T. Rodeheaver, Wound Cleansing, Wound Irrigation and Wound Disinfection. In D.L. Krasner, G.T. Rodeheaver, R.G. Sibbald, Chronic Wound Care: A Clinical Sourcebook for Healthcare Professionals III ed. Wayne, Pa.: HMP Communications, 2001. D.L. Krasner, R.G. Sibbald, Nursing Management of Chronic Wounds: Best Practices Across the Continuum of Care. Nurs Clin North Am. 1999;34 (4): 933-953. T.J. Bill, C.R. Ratcliff, A.M. Donovan, et al., Quantitative Swab Culture versus Tissue Biopsy: a Comparison in Chronic Wounds. Ostomy/Wound Management. 2001; 47 (1):34

L'inserto

**Viaggio
di studio
organizzato
dal Collegio
IPASVI di Roma**

28 maggio 2006

6 giugno 2006



IL CALEIDOSCOPIO ETNICO DEL SUDAFRICA: LA NAZIONE ARCOBALENO

di Rodolfo Cotichini, Maurizio Brunelli, Matilde Napolano e Alessandro Stievano

È ormai tradizione: anche quest'anno il Collegio Ispasvi di Roma è stato l'organizzatore di una bellissima iniziativa, un viaggio-studio che ci ha portato a conoscere un'altra cultura, un diverso sistema sociale e sanitario nonché il percorso formativo intrapreso dagli infermieri sud-africani sia a livello di base che avanzato, senza tralasciare l'aspetto dell'educazione continua.

La scelta di andare a visitare il Sudafrica non è stata casuale, infatti, oltre ai meravigliosi scenari naturali e agli strani animali che abbiamo visto durante i nostri percorsi (bontebok, springbok, kudu, nyala, babbuini, antilopi, cobi dell'ellisse, cervicapre, etc.) che si possono ammirare in questo angolo dell'emisfero australe dalla natura varia e selvaggia, il sistema infermieristico si è dimostrato, come d'altra parte la tradizione anglosassone lasciava supporre, all'avanguardia, non solo dal punto di vista formativo ma anche organizzativo e strutturale, sebbene non dobbiamo dimenticare gli enormi problemi sanitari che portano due malattie infettive come l'AIDS e la TBC, ad avere un peso preponderante sulla spesa e le politiche sanitarie di questo angolo africano di paradiso. Pensiamo che solamente di AIDS è malato quasi il 20% della popolazione (più di 6 milioni di persone), composta, appunto, da una mescolanza etnica e di colori davvero ragguardevole basti pensare alle culture ed ai differenti idiomi parlati come lo Xhosa (di cui fa parte l'eroe nazionale Nelson Mandela), lo Zulu (il gruppo etnico più rappre-

sentato e numeroso, circa il 23% dei sudafricani e che in lingua indigena significa "paradiso"), lo Swazi, il Venda, lo Tsonga, il Ndebele, il Sotho-Tswana, l'Afrikaaner e l'Inglese sudafricano che è parlato con vari accenti ed intonazioni da quasi tutti i 45 milioni di abitanti.

La democrazia Sudafrica ha solamente 12 anni, è ancora adolescente, e questo lascia supporre che il Sudafrica ha vissuto dal punto di vista sociale dei periodi dif-



Nelson Mandela eroe sudafricano che ha sconfitto il regime dell'apartheid.

ficili che sono stati in parte eliminati dalla fine dell'apartheid. Tale fine fu opera delle menti illuminate di Nelson Mandela (27 anni passati in vari istituti carcerari sudafricani, tra cui la famosa Robben Island, prigione situata su un'isola davanti Città del Capo ora diventata un museo), il quale ha ora 87 anni ed è già un eroe nazionale, da quelle di Botha prima e di De Klerk poi (premier del governo del tempo) il quale, nel febbraio del 1990, anche in seguito ad una situazione divenuta a livello internazionale insostenibile, dichiarò la fine della discriminazione razziale e la riabilitazione del partito di Mandela, l'*African National Party*, che era ed è il partito di maggioranza del paese (il 77% della popolazione è di origine africana e supporta più o meno apertamente tale movimento).

La nostra prima tappa "infermieristica", raggiunta dopo un lungo viaggio di 12 ore che ci ha portato a Città del Capo, è stata il Groote Schuur Hospital, situato proprio sotto la famosa *Table Mountain*, la montagna a forma di tavola che domina la città e dalla cui sommità abbiamo avuto una veduta incomparabile della penisola dove sorge la metropoli sudafricana. Al Groote Schuur Hospital, dopo una calorosa accoglienza da parte di tutto lo staff infermieristico, abbiamo avuto il saluto ufficiale di Mrs. Pollio, *Public Relation Manager* del famoso ospedale dove Christian Barnard eseguì il primo trapianto di cuore nel 1967. Anche il saluto di benvenuto di Miss Catherine Thorpe, *manager infermieristico dell'o-*

spedale, è stato per noi enormemente gradito dato che la sua gentilezza ed accoglienza ci ha fatto subito percepire che ci trovavamo tra persone profondamente impegnate nel loro lavoro e nella professione infermieristica.

Miss Catherine Thorpe, come introduzione ai lavori, ci ha proiettato un video sulla storia di questo grandioso nosocomio e ci ha spiegato l'organizzazione, la struttura, la mission e la vision dell'azienda ospedaliera pubblica del Groote Schuur.



Groote Schuur Hospital Città del Capo.

L'apertura dell'ospedale è avvenuta il 31/01/1938.

Tra gli eventi significativi della storia della struttura sanitaria possiamo ricordare che il 01/01/1950 si giunse ad un accordo con l'Università di Città del Capo per la formazione e la ricerca, attiva, dobbiamo dire, soprattutto in campo medico. Altri momenti significativi della storia della struttura nosocomiale sono:

Nel 1961 venne aperta l'unità di ostetricia e ginecologia,

Nel 1966 venne inaugurato il blocco delle sale operatorie,

Nel 1987 il nuovo ospedale, quello in cui abbiamo fatto la nostra visita didattica, venne commissionato e in breve tempo portato a compimento; l'ospedale è situato su 19 ettari e lo spazio interno equivale alla grandezza di 59 campi da rugby (misura per noi abbastanza insolita!).

Il Groote Schuur Hospital è uno dei tre più grandi ospedali della zona di Città del Capo che si trova nella provincia dello Western Cape;



Miss Catherine Thorpe, manager infermieristico dell'ospedale, introduce i lavori.

Le principali funzioni dell'ospedale oltre alla cura e all'assistenza sono la ricerca in campo medico e la formazione; E' un centro di eccellenza a livello na-

- Medici: 516,
- Altri professionisti sanitari: 252,
- Amministrazione e management 531,
- Ingegneri 54.

Per quanto riguarda l'attività dell'ospedale nel 2004-2005 le ammissioni di pazienti sono state 42807, l'occupazione dei posti letto è stata dell'88%, la de-



Mappa geografica del Sudafrica.

zionale ed internazionale per le specialità mediche offerte.

La nurse manager ci ha illustrato la missione della struttura, cioè: essere centro della salute, fornire servizi di eccellenza nella *governance* clinica, nella ricerca e per ciò che concerne l'assistenza primaria, secondaria, e terziaria per i cittadini del Western Cape ma anche per tutto il Sudafrica. Inoltre, la vision può essere identificata come: essere un ospedale leader e di riferimento per gli standard di cura e di assistenza.

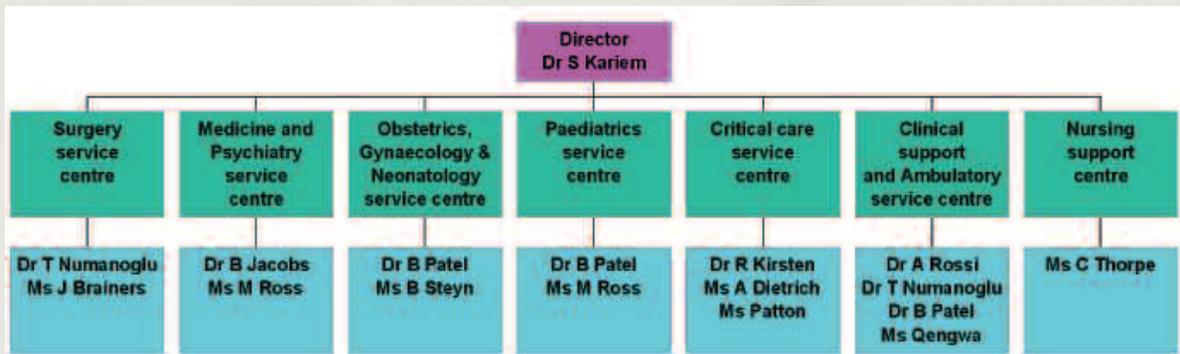
L'ospedale dispone di 916 letti ed ha complessivamente un personale sanitario pari a: 3593 persone. Tra le principali professionalità coinvolte abbiamo:

- Infermieri: 1376,



Il motto della struttura è: Servamus – Noi serviamo.

genza media è stata di 6,32 giorni, le operazioni chirurgiche effettuate sono state 23093 ed i parti portati a termine 4600.



Struttura organizzativa del Groote Schuur Hospital.



Christian Barnard con il primo paziente al mondo trapiantato di cuore. Fu un evento storico nel campo dei trapianti.



Ricostruzione museale della sala operatoria dove avvenne il primo trapianto cardiaco.

Dopo la presentazione dell'intero staff infermieristico, Mrs. Maureen Ross, *chief nurse*, ci ha parlato del dipartimento di medicina generale che comprende le unità operative di medicina generale, oncologia, dermatologia, cardiologia, neurologia, pediatria per un totale di 229 posti letto ed è composto da uno staff infermieristico di 80 *Registered nurses*, 64 *Enrolled nurses* e 74 *Enrolled nurses assistant*.

Per il personale infermieristico è previsto del lavoro straordinario in quanto in Sudafrica, così come nella maggior parte dei paesi del mondo, esiste la famosa carenza infermieristica, in parte dovuta anche allo spostamento di infermieri sud africani verso l'Inghilterra, gli Stati Uniti, Dubai o l'Arabia Saudita, sia per condurre progetti sanitari a breve-medio termine, ma anche perchè le condizioni

di retribuzione economica sono nettamente superiori. Sta di fatto che il ricorso ad agenzie esterne in *outsourcing* per il reclutamento infermieristico è un fenomeno acclarato anche all'interno del Groote Schuur Hospital.

La parola è passata poi alla *coordinatrice infermieristica dei trapianti* Fiona McCurdie la quale ci ha illustrato tale aspetto che ha reso l'ospedale famoso in tutto il mondo.

Il primo trapianto di rene nel mondo fu fatto nel 1954 ed il primo in Sud Africa, nel Groote Schuur Hospital, fu effettuato nel 1966; nello stesso ospedale Christian Barnard, cardiocirurgo di fama internazionale, svolse il primo trapianto cardiaco al mondo nel 1967 rendendo la struttura celebre.

La sala dove fu eseguito il trapianto, con tutte le attrezzature dell'epoca, è conservata nel museo dell'ospedale; un museo interessantissimo con molti strumenti ed articoli che testimoniano un evento storico della medicina e delle scienze della salute. Oggigiorno il centro trapianti dell'ospedale, che lavora in stretta connessione con il Red Cross Hospital di Città del Capo, presenta alcuni fenomeni comuni a molti centri trapianti nel mondo, tra i quali: mancanza di donatori, mancanza di risorse economiche, ma anche un migliore accesso al processo di trapianto, la maggiore consapevolezza tra i cittadini della risorsa "trapianto", il miglioramento delle pratiche di immunosoppressione e della gestione dei rigetti. Mrs. Felicia Jakavula, a seguire, ha introdotto il tema della formazione infermieristica in Sudafrica che si svolge su tre livelli: un livello universitario o di college, di durata quadriennale, con cui si consegue il titolo di *Registered Nurse*, un livello universitario o di college che ha durata biennale con cui si acquisisce il titolo di *Enrolled Nurse* e un livello che prevede la frequenza solo del college, di durata annuale, con cui si acquisisce il titolo di *Enrolled Nurse Assistant* (per una descrizione più esaustiva del sistema formativo sudafricano si rimanda alle pagine seguenti). All'interno dell'ospedale è presente solamente la scuola per ENA (*Enrolled Nurse Assistant*) sponsorizzata dal Governo che inizia due volte l'anno.

Sulla base del programma precedentemente accordato, è seguita la presentazione del sistema legislativo e formativo italiano, illustrata da Alessandro Stievano (revisore dei conti del Collegio Ipasvi di Roma), che ha suscitato molto interesse e domande da parte dei colleghi sudafricani e subito dopo Miss Jackie Reid, *manager infermieristico del gruppo operatorio*, che ha descritto le sale operatorie dedicate alla traumatologia d'urgenza e pronto soccorso, alla chirurgia generale e vascolare. Dopo un successivo intervento di Mrs Mareldia Patton, la quale ha sottolineato la competenza professionale e l'impianto strutturale di cui si avvalgono i cittadini nel pronto soccorso dell'ospedale (visitato da circa 1000 pazienti al mese per l'unità del trauma e da circa 4000 per il pronto soccorso generale), è stato sollevato, da parte dello staff infermieristico presente, l'enorme problema delle malattie infettive (HIV, Tbc, etc.) che ha caratterizzato l'intervento dell'ultima relatrice della mattina, Miss Claudine Jefthas, *responsabile del centro di controllo delle malattie infettive*.

Il centro aperto nel 1994, con un accesso medio di circa 25 pazienti al giorno, arriva, oggi, a visitare circa 80 pazienti, due volte alla settimana, offrendo assistenza in regime ambulatoriale a pazienti adulti e pediatrici HIV+ che afferiscono dalle comunità meno agiate della città. Il centro gestisce in maniera ottimale la terapia antiretrovirale, occupandosi degli esami ematici di routine, delle infezioni opportunistiche, della valutazione sociale e mentale dell'individuo HIV+, dando supporto psicologico ed educazione sanitaria alle famiglie ed ai caregivers e soprattutto ai bambini e alle madri sieropositive.

Nell'ambito del servizio per HIV+ vengono offerti servizi di counseling, una disponibilità molto ampia nell'accoglienza di questi pazienti, pasti caldi, consigli dietetici e nutrizionali, test di approfondimento diagnostico per le mamme HIV+.

Dopo i saluti e lo scambio di regali tra le rappresentanze del Collegio Ipasvi di Roma e lo staff infermieristico del Groote Schuur Hospital tutto il gruppo, diviso ordinatamente dallo staff del Groote, ha



Scambio di rappresentanza tra il Collegio Ipasvi di Roma e lo staff infermieristico del Groote Schuur Hospital.



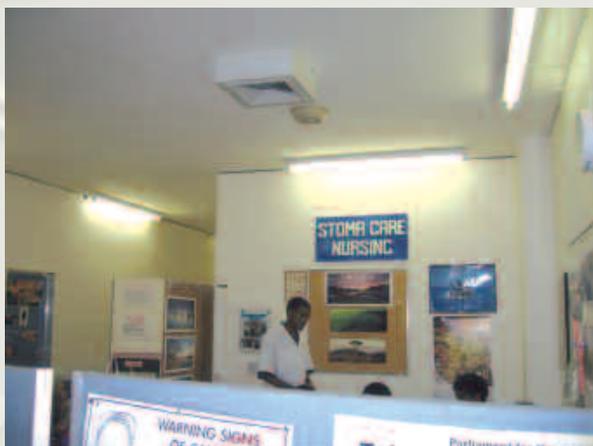
Foto di gruppo all'esterno del Groote Schuur Hospital.

visitato alcune unità operative e dipartimenti del nosocomio. Molto interessante è stata la visione del centro per gli assistiti portatori di stomia nel dipartimento gastrointestinale, la terapia intensiva post-chirurgica, l'unità operativa di oculistica, con un elevato turn-over in day surgery per le operazioni di cataratta e l'unità operativa di ortopedia.

La visita presso l'ospedale, è stata seguita da un'interessante gita a Paarl nella zona dei vigneti che circonda Città del Capo e per un po' ci siamo distratti dai problemi di salute che poco prima ci avevano fortemente coinvolto.

Il giorno seguente abbiamo visitato il Kingsbury e Claremont Hospital, due ospedali privati contigui, situati in una delle zone più caratteristiche e belle di Città del Capo: Constanza.

All'interno della sala conferenza del Claremont Hospital abbiamo ricevuto i



Centro per l'assistenza enterostomale al Groote Schuur Hospital.



Hall di accoglienza del Kingsbury Hospital.

saluti di benvenuto di Marius Luckhoff, *manager responsabile di entrambe le strutture*, il quale ci ha illustrato il sistema sanitario sudafricano; analogamente a quello italiano, è composto da una preponderante offerta pubblica per garantire il diritto alla salute a tutta la popolazione e da una parte privata, di minore entità, che viene utilizzata da cittadini in possesso di un'assicurazione integrativa sulla salute.

La parola è passata, quindi, ad Heather Blackwell, *nursing chief manager*, che ci ha illustrato la filosofia della Life (società che gestisce i due ospedali) e la stretta correlazione tra il nursing e il management degli ospedali, grazie all'introduzione della Total Quality Management che pone grande enfasi sulla qualità dell'assistenza offerta. La qualità viene misurata attraverso l'analisi dei questionari compilati dai pazienti durante il loro sog-

giorno nelle due cliniche ed esprime la valutazione delle prestazioni ricevute, sia rispetto alle cure assistenziali, sia relativamente agli aspetti di comfort alberghiero, così da ottenere un continuo feedback ed offrire un miglioramento continuo del servizio.

In seguito Lynda Strugnell *responsabile della qualità, sicurezza clinica e controllo delle infezioni ospedaliere*, ha esposto le modalità con cui vengono esperite le rilevazioni di *customer satisfaction*, illustrandoci anche i programmi di controllo delle infezioni ospedaliere; quest'ultime hanno una soglia standard, stabilita dal management, del 5%, nell'ultimo anno si sono attestate all'1,2%.

Anche il programma di risk management clinico infermieristico, in particolare sul rischio di cadute dei pazienti, gestito tramite un sistema di *colour coding* assegnato ad ogni assistito che entra nei due ospedali, è messo in pratica con ottimi risultati.

Vi sono dei referenti del dipartimento infermieristico in entrambi gli ospedali che gestiscono l'organizzazione del lavoro ed aiutano i coordinatori infermieristici e gli infermieri a sviluppare tutti gli aspetti professionali specifici ed in particolare, il gruppo di lavoro, ha sviluppato una documentazione infermieristica integrata che abbiamo visto molto avanzata, corredata da diversi percorsi diagnostici terapeutici per i principali tipi di chirurgia: vascolare, colo-rettale, neurochirurgica, toracica, urologica, plastica, epatica, generale, ginecologica.



Conferenza di studio al Kingsbury e Claremont Hospital.

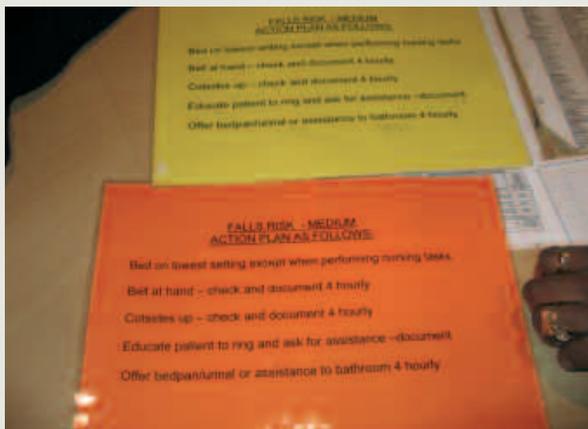
SOUTH AFRICAN HEALTHCARE

- Total population ± 46 million
- Lives covered by medical insurance ± 7 million
- Stagnant for at least last 10 years
- Private 27,000 beds
214 hospitals
- Public 105,000 beds
413 hospitals
- 185,000 Professional nurses registered in South Africa
- 6,800 Working outside South Africa



Struttura del sistema sanitario sudafricano.

Dopo Lynda Strugnell hanno preso la parola Martie Boonzaaier *process manager* di entrambi gli ospedali e lo *human resource manager* Dean Slingers, responsabile del reclutamento e della gestione delle risorse umane, i quali hanno posto particolare enfasi sulla vision della Life, sulla strutturazione del lavoro in seno all'organizzazione Life che possiede cliniche in tutto il Sudafrica (laddove vi sia bisogno di personale si può attingere



Sistema di gestione del rischio clinico infermieristico di caduta dei pazienti all'interno del Kingsbury e Claremont Hospital.

da altri ospedali della rete Life che momentaneamente ne abbiano meno bisogno). Il concetto di mobilità del personale all'interno delle strutture della Life, tramite un'analisi informatizzata dei bisogni assistenziali e dei carichi di lavoro delle unità operative, permette di spostare unità lavorative in base alle esigenze in quel particolare momento di

quel particolare servizio.

Il quadro generale degli aspetti strutturali e funzionali della formazione infermieristica sud africana ed in particolare di quella portata avanti dal gruppo Life che è legato alla Nelson Mandela Metropolitan University di Port Elisabeth, ci è stato illustrato, con dovizia di particolari, da Edna Harmsa, *nursing education manager* del gruppo.

Sono sette i centri Life, *nursing schools*, differenti dai *nursing college* offerti da strutture sanitarie pubbliche, con un'affluenza di circa 1600 studenti per anno che offrono un insegnamento di qualità e formano *registered nurse*, *enrolled nurse* e *enrolled nurse assistant*. Inoltre, sono offerti anche corsi infermieristici di livello post base in: *Critical Care nursing*, *Operating theatre nursing*, *Stomal therapy nursing*.

Il livello di formazione presso le *nursing schools* in Sudafrica corrisponde al sistema universitario sudafricano di formazione che però possiede un'organizzazione leggermente diversa. Per un'analisi più esauriente rimandiamo alle pagine seguenti quando la professoressa Judy Bruce dell'università del Withwatersand a Johannesburg ci ha fornito un quadro più esauriente della formazione sudafricana.

Nei giorni seguenti dopo aver visitato il Capo di Buona Speranza, che divide l'Oceano Atlantico da quello Indiano, con gli stupendi panorami di Hout Bay, Clifton, Sea Point, incontrando baie sabbiose e scogliere altissime, moltissimi babbuini e scimmie in libertà, siamo partiti per la seconda città del paese Johannesburg. Situata nella provincia settentrionale del Gauteng che in lingua sotho meridionale significa "Luogo dell'oro", è comunemente considerata una piccola provincia che vide nascere la sua prosperità all'epoca della corsa dell'oro. Comprendendo la metropoli di Johannesburg (Jo'burg) e Pretoria, il Gauteng costituisce, oggi, l'effettivo motore economico del Sudafrica: fornisce infatti il 34% del PIL nonché il 10% del PIL dell'intero continente africano. L'immagine che abbiamo catturato dall'aereo è stata quella di sobborghi poveri e parti più ricche anche se a Soweto, che abbiamo visitato un intero pomeriggio andando



Le sette schools of nursing, della società Life operanti in tutto il paese.



Corsi infermieristici offerti ai college of nursing della Life.

nei luoghi della rivolta anti-apartheid del 1976, la desolazione di questa enorme *township* di più di un milione di abitanti si fa sentire in tutta la sua emotività. Situata nell'alto veld il vasto altipiano interno, la città beneficia dei rinfrescanti effetti dell'altitudine. Johannesburg alla fine dell'800 divenne meta di migliaia di cercatori d'oro, sebbene la sua organizzazione e vita sociale dipendesse da tale attività ed in misura minore ancora oggi da essa dipende, fioriscono a Johannesburg numerose industrie manifatturiere.

L'enorme township di Soweto acronimo di *South Western Township*, comprende le migliaia di cittadini neri, che la disoccupazione porta ad abbandonare le campagne. Tale città che rappresentò il consolidamento ufficiale dell'apartheid agli occhi del mondo, non rallentò in alcun modo gli insediamenti abusivi che sorgono tutt'oggi e che il regime discri-

minatorio ha fortemente favorito. La violenza su larga scala nella *township* esplose, con tutta la sua violenza nel 1976 quando lo *Students' Representative Council* di Soweto organizzò delle proteste contro l'uso della lingua *Afrikaans* (considerata la lingua degli oppressori) nelle scuole nere. La polizia aprì il fuoco sui protestanti e la chiesa al centro di Soweto, dove si riunirono a più riprese i manifestanti, ancora porta i segni di tali tumulti.

Nei 12 mesi che seguirono più di mille persone morirono. Purtroppo, ancora oggi che il regime razziale è abolito, permangono notevoli sacche di povertà e la criminalità è abbastanza alta. Lasciando Soweto, il giorno dopo, ci siamo recati nell'ospedale pubblico che sorge nella township, il Baragwanath, dove abbiamo avuto nel college of nursing un'accoglienza meravigliosa.

Dopo il saluto di benvenuto di Mr. Z. Ndabula, nostro *chairman* per l'intero incontro, Mrs. Ngidi, *deputy director* infermieristico dell'ospedale, ci ha illustrato il ruolo del nursing nel Baragwanath hospital, le unità operative specialistiche e la struttura organizzativa.

Il nosocomio, che si estende su un'area molto vasta, sorto nel 1942 è composto di 2880 letti, il personale tra sanitario e amministrativo comprende oltre 5000 dipendenti, gli infermieri sono 1042 e il personale ausiliario è composto da circa 1129 individui. La mission dell'organizzazione aziendale consiste nel raggiungimento dei più alti livelli di assistenza, basati su solidi principi scientifici e amministrata con empatia e *insight*. Inoltre,



Chris Hani Baragwanath Hospital.



Foto di gruppo all'interno della sala conferenze del nursing college del Chris Hani Baragwanath Hospital.

importante obiettivo è formare il personale in maniera ottimale per la cura e il servizio agli ammalati, per mantenere e difendere la verità, l'integrità e la giustizia per tutta la comunità.

Mrs Ngidi ci ha anche illustrato alcuni dati statistico-demografici del Gauteng, la più piccola provincia sud africana con la seconda numerosità di abitanti nel paese, dove il 73% della popolazione non ha l'assicurazione, la mortalità infantile è di 36,3 ogni 1000 abitanti e quindi, è minore del 5% per 1000, nel 2004 la siero prevalenza delle donne gravide è stata del 33%.

L'organizzazione degli ospedali pubblici è su base nazionale e provinciale; queste sono le varie strutture presenti nel Gauteng:

- Dipartimento della salute provinciale
- Ospedali accademici
- Ospedali regionali
- Ospedali di distretto
- Centri di comunità

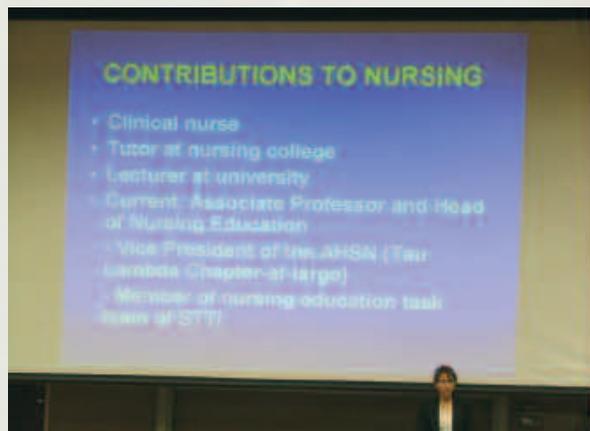


Saluto di benvenuto di Mr. Z. Ndabula.

Dopo un breve ma significativo *question time* tra i partecipanti e la direttrice infermieristica del Baragwanath Hospital, abbiamo bevuto insieme un tè come nella migliore tradizione inglese. In seguito, ha preso la parola la Professoressa Judy Bruce, professore associato della Withwatersrand University, che in lingua zulu significa, collina dalle acque bianche, la quale ci ha spiegato approfonditamente il sistema formativo sudafricano.

Il sistema formativo, per ciò che concerne il settore pubblico, si articola in due canali principali:

1) il sistema dei *nursing college* dove dopo 12 anni di scolarità di base si ottiene il Diploma in nursing, della durata di 4 anni, che porta al titolo di *general nurse, community health nurse,*



La professoressa Judy Bruce, professore associato della Withwatersrand University informa i discenti sul sistema formativo infermieristico sudafricano.

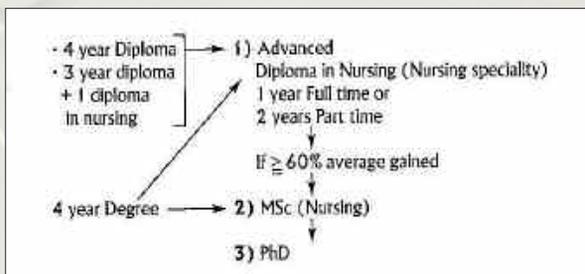
psychiatric nurse e che permette di accedere alla formazione avanzata nelle specializzazioni offerte dall'università cioè: in area critica, pediatria, sala operatoria, trauma e emergency nursing, nefrologia, oncologia e cure palliative, nursing ortopedico, nursing psichiatrico, nursing geriatrico, nursing di comunità, educazione e nursing management;

2) il canale universitario, sempre intrapreso direttamente all'interno delle 15 università sudafricane che offrono tale programma, dopo 12 anni di scolarità e copre circa il 15% della formazione infermieristica.

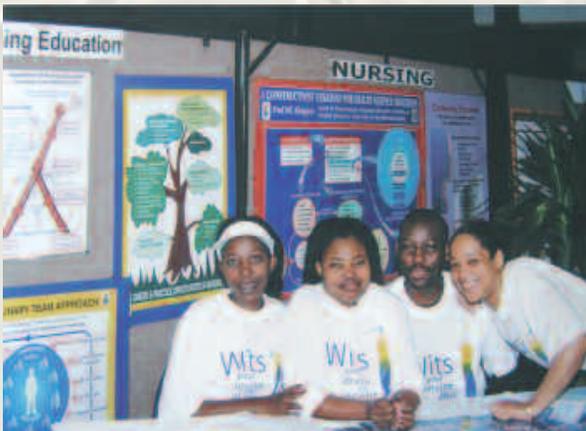
Tale percorso, come si evince dallo schema esplicativo di seguito riportato, permette di accedere alla formazione



Momenti della conferenza
al Chris Hani Baragwanath Hospital.



Flow chart dei sistemi di insegnamento
infermieristico esperiti in Sudafrica.



Apertura, anno accademico 2005, del corso di laurea
in infermieristica alla Withwatersrand University.

avanzata specialistica negli stessi campi del nursing diploma. La formazione avanzata specialistica si può ottenere in un anno full-time o due anni part-time. Dalla formazione specialistica avanzata, se uno studente ha uno score > del 60 % o se ha una formazione universitaria, può passare ai percorsi master negli stessi campi della formazione clinica spe-

cialistica ma con un percorso formativo incentrato sulla ricerca nel campo specifico.

Dopo tali percorsi master lo studente può decidere se proseguire ulteriormente negli studi con un percorso di dottorato di ricerca della durata di due anni full-time, che permette di ottenere competenze specifiche nel campo della ricerca. Inoltre, nel pomeriggio abbiamo visitato alcuni reparti e il pronto soccorso di uno degli ospedali più grandi dell'emisfero australe. Abbiamo potuto osservare da vicino l'enorme percentuale di pazienti HIV+ e le grandi difficoltà a dare un'assistenza adeguata a tantissime persone provenienti dagli strati sociali più degradati di Soweto e della comunità urbana di Johannesburg. Dopo un ulteriore scambio di opinioni e domande si è svolta una commovente cerimonia di chiusura della lunga giornata che ha portato i responsabili del nursing college a ringraziarci della visita con un ballo improvvisato, nella tradizione africana, in nostro onore.

Prima di prepararci al nostro ritorno in Italia, abbiamo visitato una delle meraviglie acquatiche del globo: le Victoria Falls, corredate da un indimenticabile arcobaleno che ha avvolto i 2 km di ampiezza delle cataratte provocate dal fiume Zambesi.

AUTORI

*Rodolfo Cotichini
Maurizio Brunelli
Matilde Napolano
Alessandro Stievano*

UN RICORDO SUDAFRICANO... THE GREAT TRIP IN SOUTH AFRICA

di Elisabetta Cifonelli e Federica Mencattelli

Abbiamo veramente difficoltà a descrivervi le sensazioni che il Sud Africa ci ha lasciato dentro. Sensazioni, tutt'oggi ancora vive e certe che non moriranno mai.



Danza dei tutor infermieristici, nella tradizione africana, in onore degli ospiti italiani.



Arcobaleno alle Cascate Vittoria.

E' facile innamorarsi di questo paese che offre in tutti i suoi aspetti uno splendore naturale, nei suoi colori, nei suoi profumi, nella sua flora e fauna. Dalle catene montuose ai vigneti, dalle steppe ai deserti, e poi giù il mare, dove c'è l'incontro degli Oceani. Le costiere così diverse, rocciose, frastagliate, divise da spiagge bianche, posti incontaminati, dove le balene e gli squali trovano il loro habitat, occupato ogni tanto da alti fili d'erba e cespugli dove, lì sotto, i pinguini vivono la loro storia d'amore, ognuno il suo nido con i loro piccoli.

Lasciando il caos di Città del Capo e Johannesburg, abbiamo raggiunto una riserva naturale, un mondo incontaminato dove regna la pace ed il silenzio, è qui che si impara ad ascoltare il chiacchierio degli uccelli e degli animali sotto il soffio del vento.

Un'ulteriore attenzione va data alle Cascate Victoria, che rimangono sicuramente impresse nella mente non solo perché spettacolari nella loro potenza energetica, ma anche perché è veramente difficile rimanere asciutti nonostante gli impermeabili che ci vengono fatti indossare.

Il Sud Africa è anche ricco di diamanti e pietre uniche al mondo come la Tanzanite, che non è un'inflammazione della Tanzania....ma una affascinante pietra di colore blu, che riempie le vetrine dei negozi. Questa pietra fra circa 5 - 6 anni sparirà in assoluto, perché

chiuderà la miniera da dove si ricava. Descrivendo il popolo sud africano, possiamo dire che è un popolo dove più culture si incontrano: i neri, i meticci ed i bianchi. Il sud africano afferma che sono principali nella sua vita "la macchina", seguita dal "rugby" ed infine dalla "donna". Da notare bene che non si sa quanto viene amata questa donna, vista la percentuale altissima di divorzi, si risposano 3- 4 volte, e quando si risposano i luoghi preferiti sono: la spiaggia o il castello o i vigneti. Attraversando l'Africa rurale, nonostante la povertà, non manca mai di vedere nei loro visi, stampato il sorriso. Ci hanno com-

mosso, i loro sguardi espressivi, la loro gioia nel vederci e nel salutarci, nella loro semplicità ci hanno accolto e dimostrato il piacere di farsi fare le foto con noi.

Il nostro viaggio si è concluso in un posto rurale lasciando le nostre medicine, richieste da loro come una risorsa indispensabile.

E' stato bello essere ospiti di un mondo così diverso dal nostro.

AUTORI

*Elisabetta Cifonelli
Federica Mencattelli*

in pillole

Ictus, il "cocktail" della speranza

Un gruppo di ricercatori di Taiwan ha effettuato uno studio sull'efficacia della stimolazione della produzione di cellule staminali tramite GCSF in 10 pazienti che avevano subito un ictus acuto di origine ischemica. Lo studio si è basato su un disegno randomizzato in cieco, ovvero è stato condotto con assegnazione casuale a GCSF (15 mcg/kg al giorno) per 5 giorni oppure a terapia di routine ed i pazienti non sapevano a quale gruppo fossero stati assegnati. Un anno dopo l'evento, i 7 pazienti trattati

con GCSF presentavano punteggi migliori su scale specializzate per la valutazione dei deficit nervosi del 13-48% ed una entità di invalidità inferiore del 60% rispetto ai 3 controlli. Le neuroimmagini hanno mostrato un miglioramento della attività metabolica nell'area cerebrale colpita nei pazienti trattati con GCSF. I miglioramenti osservati potrebbero essere dovuti alla ricostituzione di circuiti cerebrali determinata dall'afflusso di un maggior numero di cellule staminali nell'area cerebrale danneggiata.

Egr. Direttore Responsabile del Tg5
Dr. Carlo Rossella
Palazzo dei Cigni – Milano Due
20090 – Segrate (MI)
Fax: 02.21026272

Richiesta di rettifica immediata

Egregio Direttore,
facendo seguito alle numerose proteste pervenute a questo Collegio dagli iscritti, è con vivo rammarico e forte disappunto che devo censurare la superficialità e l'inesattezza di quanto riferito dal TG5 nell'edizione del 27 maggio u.s. (edizione delle ore 20), quando, lanciando il servizio sul previsto aumento del numero dei permessi di soggiorno da accordare a cittadini extracomunitari in Italia, il conduttore ha affermato che "... infatti nel nostro Paese mancano badanti e infermieri".

Lascia stupefatti la leggerezza con cui si è richiamata la drammatica emergenza che riguarda il personale infermieristico, collegandola all'ingresso in Italia di lavoratori extracomunitari. Evidentemente, si è confuso il ruolo e la funzione degli infermieri con quella degli operatori socio-sanitari o di altre figure ausiliarie di supporto. Un errore grave, questo, che mortifica la professionalità e l'elevato livello di formazione faticosamente raggiunti dagli infermieri italiani al prezzo di annose battaglie professionali. Oggi gli infermieri italiani sono professionisti a tutto tondo, riconosciuti come tali dal quadro normativo vigente, laureati, in possesso di titoli di specializzazione post-laurea, dotati di piena autonomia professionale, capaci di cogliere tra i guardi storici come l'abilitazione alla docenza universitaria.

Ne consegue che indurre l'opinione pubblica a ritenere che gli infermieri possano essere reclutati nel novero degli immigrati in attesa di permesso di soggiorno non solo risulta risibile, ma è fortemente pregiudizievole dell'onorabilità della professione infermieristica, generando un serio danno alla sua stessa immagine.

In virtù di quanto premesso, ai sensi della Legge numero 47 del 8/2/1948, La invito a disporre un'immediata rettifica di quanto annunciato nell'edizione del 27 maggio scorso. In difetto di questa, il Collegio IPASVI di Roma si vedrà costretto ad adire alle vie legali per tutelare la dignità professionale dei propri iscritti.

Con l'occasione, Le invio cordiali saluti.

Il Presidente
(D.A.I. Dott. Gennaro ROCCO)

Lavoro e solidarietà

LA COSV (ONG) CERCA INFERMIERI PER L'AFRICA

L'Organizzazione Non Governativa COSV (Comitato di Coordinamento delle Organizzazioni per il Servizio Volontario) promuove e realizza da oltre trent'anni progetti di solidarietà in Africa, Asia, America Latina e nell'area dei Balcani.

Una parte rilevante della sua attività si svolge in ambito sanitario e si avvale della professionalità e della sensibilità di molti infermieri italiani.

L'ONG COSV cerca colleghi da sottoporre a selezione per individuare una rosa di candidati a cui affidare importanti missioni all'estero nell'ambito della Cooperazione Internazionale.

La durata dei progetti varia 6 a 12 mesi. E' richiesta un'esperienza professionale pluriennale e una conoscenza discreta della lingua Inglese.

La ricerca di colleghi esperti e motivati riguarda attualmente:

- Un infermiere/ostetrica in Dafur, Sudan
- Un coordinatore per un progetto di prevenzione dell'AIDS in Zimbabwe
- Un coordinatore sanitario in Sud Sudan

Per informazioni più dettagliate sui progetti COSV: www.cosv.org

in pillole

Il Parkinson e la selegilina

Uno studio americano eseguito nei primi mesi del 2006 e pubblicato sulla rivista Palhagen et al Neurology getta nuova luce sul trattamento della malattia di Parkinson. Centoquaranta pazienti parkinsoniani in trattamento con levodopa sono stati assegnati in maniera casuale ad una terapia a base di selegilina (10 mg) oppure placebo (una sostanza inerte con aspetto identico alla selegilina) per 5 anni. Il 13% dei pazienti nel gruppo selegilina ed il 17% dei pazienti nel gruppo placebo sono stati rimossi dallo studio perché avevano biso-

gno di ulteriori terapie antiparkinsoniane. Alla fine dei 5 anni, il punteggio totale UPDRS medio era superiore del 35% nel gruppo placebo rispetto al gruppo selegilina (differenza media pari a 10 punti), nonostante un dosaggio medio di levodopa superiore del 19%. Anche la funzione motoria e la capacità di svolgere le usuali attività quotidiane era migliore nel gruppo trattato con selegilina. Il numero di pazienti che ha sofferto di nausea era significativamente superiore nel gruppo trattato con selegilina rispetto al gruppo placebo (23.6% rispetto al 10.1%).

L'esempio di San José

La straordinaria forza di Madre Antonietta e della sua clinica in Guatemala

A cura dell'Associazione italiana Nursing Sociale – Sezione di Pavia

Suor Maria Antonietta Leon Coloma ha poco più di cinquant'anni ed è la superiora delle Missionarie della Carità di Maria Immacolata che operano in Guatemala, presso l'Aldea El Rancho, che dista circa un centinaio di chilometri da Città del Guatemala.

Per tutti è Madre Antonietta proprio per la sua attenzione materna che la rende un punto di riferimento inesauribile. Quando lei è presente nessuno si sente trascurato e tantomeno abbandonato.

La sua caratteristica è quella di non fermarsi mai. Madre Antonietta è sempre in movimento, tra la gente, nei mercati, sulle montagne per portare avanti i progetti sociali e sanitari che le stanno particolarmente a cuore. Tra gli altri impegni è responsabile del Collegio dove tanti ragazzini e ragazze studiano e imparano un mestiere per sopravvivere e della Clinica San José.

Per capire l'importanza di quest'ultima, che forse chiamare clinica è un eufemismo, basti un dato: in un villaggio (El Rancho) di circa 12 mila persone è l'unico servizio sanitario presente. Vi lavorano un medico (el doctor Danilo), un'infermiera (Aida), una tecnica di laboratorio, una tecnica responsabile della farmacia e, naturalmente, madre Antonietta che coordina e vigila sul buon operato della clinica.

Quotidianamente vi sono dalle 30 alle 50 persone che si presentano per essere visitate o per eseguire un esame. Non vi è alcun tipo di strumentazione, tanto meno apparecchi elettrocardiografici o

per una radiografia. Ma si fa tutto quel che si può per aiutare le persone a star meglio e nella piccola farmacia inglobata vi sono farmaci che vengono venduti ad un prezzo appena superiore a quello di acquisto. E' facile allora rendersi conto di quanto importante sia questa struttura in un contesto dove a farla da padrone sono l'isolamento geografico, l'ignoranza delle più elementari forme di cura e la totale non conoscenza delle fondamentali regole di igiene.

Una volta alla settimana madre Antonietta, che è infermiera, esegue i pap-test: una chance notevole per le donne del posto, anche se quasi sempre non possono poi curarsi adeguatamente. Danilo, il dottore, può infatti prescrivere e dare farmaci per far fronte ad eventuali infezioni. Ma di fronte a lesioni cancerose, purtroppo abbastanza frequenti, non può far altro che consigliare quelle visite specialistiche che vengono rimandate all'infinito per mancanza di denaro.

Danilo è il classico medico "tuttologo", costretto dalla necessità ad improvvisarsi oculista, ginecologo, chirurgo, persino psichiatra. Al suo fianco, costantemente, c'è madre Antonietta, la cui presenza ha un peso specifico assolutamente determinante, soprattutto a livello morale. E' lei quasi sempre che aiuta le donne a vincere l'imbarazzo e la vergogna di mostrarsi a un medico. Ed è sempre lei a convincere i pazienti ad affidarsi a quella medicina moderna (almeno per quelle zone) verso cui c'è ancora molto scetti-

cismo.

Abbiamo allora raccontato qualcosa della Clinica San José. Ma qual è l'aggancio con Pavia? Madre Antonietta si avvale dell'aiuto delle cooperazioni americane, spagnole, giapponesi e italiane. In quest'ultimo caso il riferimento è proprio con la nostra città. L'unica associazione presente a El Rancho con i suoi progetti è la sezione pavese dell'Associazione Italiana Nursing Sociale (AINS).

Ecco allora che l'Associazione, per voce del suo presidente Ruggero Rizzini (che di professione fa l'infermiere e più volte ha dato una mano a madre Antonietta e alla sua Clinica), fa presente due progetti molto concreti da portare avanti per aiutare la religiosa: il finanziamento attraverso borse lavoro del personale che

lavora nella Clinica (tutto rigorosamente locale) e la raccolta di medicinali da banco, di cui la struttura sanitaria ha estremo bisogno per far fronte almeno alle necessità più impellenti della gente. Non sono grandi progetti (calcoliamo che lo stipendio di un'infermiera ammonta a circa 120 euro al mese), ma proposte di piccola-media entità che però rappresentano un grosso sostegno alla popolazione de El Rancho. E per madre Antonietta, che ogni giorno si trova a far fronte a sempre maggiori richieste di aiuto sanitario.

Chi volesse maggiori delucidazioni in proposito può contattare direttamente il presidente dell'AINS Ruggero Rizzini al 339.2546932.

in pillole

Obesità, l'età della silhouette

Sarebbe quella di undici anni l'età critica in cui l'organismo stabilisce quale sarà la sua silhouette futura: a quell'età, quindi, i bambini in sovrappeso avrebbero una elevata probabilità di rimanere grassi o obesi da adulti. E' quanto risulta da uno studio britannico diretto da Jane Wardle, dello University College di Londra, condotto su

6 mila bambini e pubblicato di recente sul British Medical Journal. Se convalidati da altri trial sperimentali, i risultati della ricerca confermerebbero l'orientamento che da diversi anni va per la maggiore tra i pediatri secondo cui l'obesità adulta si decide in età preadolescenziale o, al più tardi, all'inizio di questa.

ALLE RADICI DEL NURSING TRANSCULTURALE: IL CONTRIBUTO DI MADELEINE LEININGER

di Alessandro Stievano

ORIGINI STORICHE DEL NURSING TRANSCULTURALE

Lo sviluppo storico del nursing transculturale ha preso forma nelle ultime cinque decadi del 900 negli Stati Uniti e come parafrasa Madeleine Leininger celeberrima letterata di nursing statunitense, la sua nascita e sviluppo, può essere analoga al combattimento che eseguono i salmoni, per andare controcorrente nei torrenti di montagna, per deporre le uova.

Madeleine Leininger ebbe i suoi natali a Sutton, un paese rurale del sud del Nebraska, dove visse in una fattoria con due fratelli e una sorella, iniziò la sua carriera dopo aver conseguito il diploma presso la St. Anthony's School of Nursing di Denver. Nel 1950 si laureò in scienze biologiche al Benedictine College di Atchison (Kansas). Dopo la laurea prestò servizio come istruttrice, come infermiera professionale e come coordinatrice infermieristica in un reparto di medicina e chirurgia e, successivamente, aprì in qualità di direttore dei servizi infermieristici un reparto di psichiatria presso il St. Joseph's Hospital di Omaha (Nebraska).

Nel 1954 conseguì il Master in nursing psichiatrico presso la Catholic University of America di Washington D.C., quindi si trasferì all'università di Cincinnati dove diede vita al primo corso di specializzazione post laurea in

pratica clinica nel campo della psichiatria infantile. Avviò, inoltre, e diresse il primo corso infermieristico post laurea in assistenza sanitaria psichiatrico-mentale presso l'università di Cincinnati.

Alla metà degli anni 50 dello scorso secolo quando la Leininger era infermiera specialista in un'unità operativa psichiatrica prese consapevolezza delle differenze culturali tra i vari bambini e ragazzi. Ad alcuni bambini piaceva solamente un certo tipo di cibo e accettavano o rifiutavano i trattamenti farmacologici in accordo alla loro cultura, avevano differenti schemi di gioco e seguivano rituali differenti quando era il momento del *bedtime*. Ad esempio: *"La maggioranza dei bambini anglo americani giocava aggressivamente, mentre i bambini di cultura messicana giocavano più silenziosamente"* [Leininger 2002]. La Leininger osservò che la mancanza di specifica competenza culturale infermieristica era evidente.

D'altronde, questa mancanza di consapevolezza culturale nel rapporto operatore sanitario paziente era sentita non solo nel nursing ma anche nella medicina e nelle altre professioni sanitarie.

Cercò, quindi, di possedere una competenza culturale specifica che la portò fino nello stato di Washington (Seattle), nord ovest degli Stati Uniti, dove conseguì la laurea in antropologia e dove dopo 5 anni intensi di

studio, si accorse delle interconnessioni profonde che sussistono tra nursing e antropologia che sono ben descritte nel libro: *"Nursing and anthropology: two worlds to blend"* [Leininger 1970]. Negli anni 60 per il suo dottorato in antropologia la Leininger scelse di condurre una ricerca etnografica tra i Gadsup nella Nuova Guinea dove trascorse due anni analizzando i modi di vita, le abitudini sociali, le credenze e soprattutto l'assistenza ai malati praticata da questa popolazione delle alte terre dell'est della Nuova Guinea. Tornata negli Stati Uniti era più che mai convinta che per erogare un'assistenza infermieristica di qualità fosse stato necessario che gli infermieri avessero una conoscenza antropologica legata all'infermieristica, ovvero una conoscenza del paziente attenta alla sua cultura e fondò il campo dell'assistenza transculturale dando corpo a numerose iniziative nel campo specifico, anche se, i tempi ancora non erano maturi tra gli infermieri statunitensi. A tal proposito sono molto interessanti alcuni commenti sul nursing transculturale: un infermiere *"// nursing transculturale è un'utopia nel nursing poiché gli infermieri devono diventare buoni assistenti del medico e conoscere bene tutte le malattie, i sintomi e i trattamenti medici per sopravvivere. Imparare da altre culture è una perdita di tempo"* oppure, un altro infermiere con ruoli di preminenza all'interno della professione *"Gli infermieri non cambieranno mai le loro pratiche assistenziali per le differenti culture. Inoltre, il nursing è sempre lo stesso da qualunque parte un infermiere lavori"* [Leininger, 2002, p. 23]. In quegli anni c'era un interesse limitato a studiare le relazioni tra assistenza e cultura, anche tra gli antropologi, sebbene alcuni come Margaret Mead, Lyle Saunders e Esther Lucille Brown avessero cominciato ad interessarsi dei differenti significati di salute e malattia, malgrado non avessero mai avuto interesse per il nursing transculturale.

Nel 1968 la Leininger fondò il Co-

mitato di nursing e antropologia all'interno del Medical Council Anthropology per scambiare idee, opinioni e per eseguire ricerche tra i campi del nursing e dell'antropologia. Questo comitato esiste ancor'oggi ma ha una valenza prevalentemente antropologica. Tra il 1972 e il 1974 fondò la Società di Nursing Transculturale come promotrice del nursing transculturale nel mondo.

Nel 1966 la Leininger insegnò al primo corso di nursing transculturale presso l'università del Colorado dove ricoprì l'incarico di professore ordinario di nursing e antropologia. L'attività di insegnamento ed educazione all'assistenza attenta alle diversità culturali dura ormai da più di 40 anni giacché la Leininger, sebbene molto anziana, tiene alcune *lectures* ogni anno, soprattutto vicino la sua residenza ad Omaha nel Nebraska. I primi corsi di dottorato di ricerca in nursing con un focus scientifico sul nursing transculturale furono redatti tra il 1969 e il 1975 quando la Leininger fu Presidente della facoltà di nursing a Seattle. Nel 1975 fu designata dall'Università dello Utah (Salt Lake City) presidente della facoltà di nursing dove avviò i primi corsi al mondo di master e dottorato, in termini di programmi e ricerca, dedicati al nursing transculturale. Nel 1981 si trasferì alla Wayne State University

nello stato del Michigan (Detroit) dove tra i numerosi corsi master e di dottorato sul nursing transculturale si formarono alcuni leader odierni di questa branca di ricerca sulla cultura associata al nursing. Dai primi anni 90 molti ospedali, università e agenzie sanitarie stanno cominciando ad introdurre concetti di nursing transculturale; oggi il nursing transculturale come disciplina legittimata scientificamente con progetti scientifici di ricerca è riconosciuta in tutto il mondo.

ORIGINI TEORICHE DEL NURSING TRANSCULTURALE

Il nursing transculturale trae origine

dalla necessità di far fronte ad una realtà sempre più multietnica che ormai caratterizza il nostro villaggio globale.

Quando si parla di nursing transculturale si intende un'area principale del nursing, ovvero, qualcosa che è parte integrante del nursing, una branca del nursing, fondata sullo studio comparato e sull'analisi dei diversi comportamenti di nursing nelle diverse culture, finalizzata a sviluppare un sapere scientifico e umanistico, capace di consentire la realizzazione di pratiche assistenziali specifiche, per ogni cultura, e universali. Per meglio comprendere quest'assunto la Leininger afferma che: *l'assistenza è complessa, ingannevole e incorporata all'interno della struttura sociale e ritiene che alcuni aspetti di essa siano specifici e altri universali* [Marriner-Tomey 1994, trad. it. 1996].

In questa affermazione della Leininger si rileva l'obiettivo del nursing transculturale che è quello di scoprire valori culturali, credenze e pratiche, legati al nursing, di specifiche culture e subculture, per prestare un'assistenza infermieristica che si modella sulle specifiche culturali dell'utente/paziente.

L'assistenza congruente, dal punto di vista culturale, è l'*outcome* finale del nursing transculturale. Tale risultato viene perseguito a livello comparativo identificando differenze ma anche similarità tra le culture non tenendo conto dell'irriducibilità alle pratiche comparative e generalizzanti della persona umana. *"Pensare in termini di cultura significa abbandonare le generalizzazioni e accettare l'irriducibile specificità dei contesti in termini spaziali e temporali"*. [Mantovani 1995].

Tale approccio ci porta all'intercultura come approccio dialogico per risolvere i bisogni assistenziali del paziente altro con una sua specificità culturale specifica anche all'interno di una stessa cultura o subcultura.

La Leininger in verità già preconizza nei suoi scritti un approccio interculturale, infatti, tra le caratteristiche della cultura, oltre ad enfatizzare il fatto che

la cultura riflette valori condivisi, ideali e credenze, che sono apprese dal gruppo di riferimento, che guida decisioni e azioni, e, che le culture hanno implicite ed esplicite regole di comportamento, o che ogni cultura, ha simboli specifici e riti religiosi, che riguardano anche la salute afferma che: *la variazione culturale è un concetto importante quando studiamo persone e culture diverse*" [Leininger, 2002, p. 49]. E aggiunge: *ci sono piccole e più rilevanti variazioni all'interno di ogni cultura e tra le culture anche se si possono ritrovare schemi di comportamento e modi di vivere comuni* " [Leininger, 2002, p. 49].

Continua l'autrice, inoltre, ad affermare che è molto importante comprendere i valori culturali che danno significato al *sensemaking* (produzione del senso) della persona o del gruppo. Capire i valori specifici di una determinata cultura, diventa necessario per interagire sul piano dell'assistenza pratica. Purtroppo, tali valori sono spesso tenuti nascosti o non facilmente identificati e un processo di comunicazione interpersonale di nursing, dialogando, osservando, ascoltando attivamente costituisce il mezzo empirico per comprendere i valori di riferimento di ogni persona in aggiunta ad una buona conoscenza degli aspetti generali delle varie culture. Lo scambio di tratti, di riti, di simboli e pratiche assistenziali avviene a livello culturale e non a livello della singola persona, che ha caratteristiche uniche e incompabili, ma ciò costituisce una forte presa di coscienza dell'alterità del nursing, tanto più evidente se il rapporto coinvolge persone culturalmente lontane dagli schemi di riferimento di chi eroga assistenza infermieristica.

La cultura in questo contesto assume un ruolo di notevole importanza poiché risulta essere un ottimo strumento per concettualizzare, comprendere ed intervenire nei confronti delle persone.

Conoscere la cultura di un individuo, significa avere una visione a 360 gradi, che consente di mettere in atto pratiche assistenziali mirate al

soddisfacimento dei reali bisogni di ogni singola persona.

Infatti, grazie alla Leininger, si dà vita ad un nuovo concetto di teoria infermieristica che deve tener conto dei comportamenti assistenziali, dei valori e delle credenze individuali e di gruppo al fine di offrire un'assistenza efficace, soddisfacente e culturalmente coerente. Se le pratiche infermieristiche non riescono a riconoscere questi aspetti culturali, si otterranno risultati meno efficaci e una maggiore insoddisfazione da parte del paziente rispetto alle prestazioni attese.

Il personale infermieristico deve evitare alcuni atteggiamenti deprecabili nell'erogazione del nursing. Uno di questi è l'*etnocentrismo* che assume che i propri modelli culturali siano i migliori, gli unici e i modi preferiti per comportarsi. Molti esempi di *etnocentrismo* possono essere identificati nel nursing. Ad esempio l'infermiere che crede che c'è un solo modo per fare un letto o somministrare la terapia orale, tale comportamento comporta un'inaccettabile *imposizione culturale*, da parte di alcuni infermieri, delle loro credenze, valori, usi, abitudini e costumi e schemi mentali di riferimento. D'altra parte, il relativismo culturale assolutizzante, deve anch'esso essere evitato, specialmente quando rileva una posizione estrema di non dialogo, da parte delle culture portatrici di altri valori e modi di vita.

Nell'atteggiamento *etnocentrico* dell'infermiere una parte notevole di imporre i propri punti di vista è giocata dai *pregiudizi* che possono essere definiti come l'attitudine a reagire nei confronti di una persona o di una comunità in modo chiaramente sfavorevole, dando giudizi in modo parziale, partendo da dati insufficienti che limitano una piena e accurata comprensione dell'individuo o del gruppo di riferimento.

Lo *stereotipo* concetto molto vicino al precedente, classifica l'individuo o il gruppo all'interno di un campo ristretto con caratteristiche fisse e immutabili.

IL CONCETTO DI INFERMIERISTICA PER MADELEINE LEININGER

La Leininger sostiene che l'essenza principale del nursing è l'assistenza e sottolinea la centralità del paziente nel processo di assistenza. L'assistenza è l'essenza della disciplina infermieristica e ne rappresenta la natura distintiva, dominante e unificante.

Ella afferma che l'assistenza è complessa e spesso incorporata all'interno della struttura sociale e degli altri aspetti culturali di quella specifica società ritiene, infatti, che ci siano alcune forme e processi assistenziali specifici e altri che abbiano carattere universale. [Marriner-Tomey 1994, trad. it. 1996].

Alcuni principi (20) di assistenza transculturale devono essere tenuti a mente, per l'autrice, per condurre il professionista ad erogare un'assistenza culturalmente appropriata:

Le azioni assistenziali devono essere guidate da una conoscenza transculturale che è fondamentale per la salute del cittadino, delle famiglie, dei gruppi, delle istituzioni.

Ogni cultura ha specifiche credenze, valori e schemi di assistenza che devono essere indagati, compresi e usati nell'assistenza di persone di cultura diversa o simile.

La conoscenza del nursing transculturale è fondamentale per erogare assistenza congruente, ricca di significato e di qualità.

E' un diritto umano che ogni cultura abbia i propri valori, credenze e pratiche di riferimento rispettate e comprese nei servizi per la salute.

L'assistenza transculturale può variare nel tempo sia nelle culture occidentali che nelle altre culture.

Valori, significati e modelli culturali di assistenza su base comparativa sono fonti fondamentali di nursing transculturale e servono a guidare il decision making nel nursing.

La conoscenza e le pratiche emic¹ e etic² spesso hanno differenti basi di riferimento che devono essere valutate e comprese prima di usare le informa-

zioni assistenziali nell'assistenza all'utente. (Questo principio è connesso strettamente al successivo).

La conoscenza nel nursing transculturale richiede la comprensione delle successioni emic ed etic che sono connesse alla visione del mondo, al linguaggio, all'etnistoria. Ai sistemi di parentela, alla religione, alle tecnologie, a fattori politici ed economici, a specifici valori culturali, credenze e pratiche che inferiscono l'assistenza e la salute.

Modi diversi di apprendere, vivere e trasmettere assistenza basata sulla cultura e la salute durante tutto il ciclo di vita sono momenti importanti per l'educazione, la ricerca e la pratica nel nursing transculturale.

Il nursing transculturale richiede, in primo luogo della comprensione del proprio universo culturale di riferimento e dei propri modi di approcciarsi ad un'altra cultura e quindi, può aiutare gli altri.

La teoria del nursing transculturale è interessata sia alle similarità che alle differenze per creare nuova conoscenza e per erogare un'assistenza umanistica basata su prove scientifiche. Il decision making e le azioni assistenziali, nel nursing transculturale, sono basati, in larga parte, sulla ricerca assistenziale e sulla conoscenza dei sistemi di salute che sono appresi tramite una conoscenza approfondita delle culture e dall'uso di questa conoscenza nella pratica.

I valori, le pratiche e gli schemi culturali sono mezzi validi per aiutare a recuperare o mantenere la salute delle persone.

Il nursing transculturale necessita la compartecipazione dell'utente e dell'infermiere per risultati di qualità.

Il nursing transculturale utilizza teorie di assistenza culturali per creare nuova conoscenza e per trasmetterla, usarla e valutarne i risultati nella pratica.

La partecipazione, le osservazioni e le riflessioni sono modalità essenziali per rispondere ai bisogni assistenziali di utenti di culture simili o diverse.

Il linguaggio verbale e non verbale con

i suoi simboli e significati è importante per conoscere e comprendere e raggiungere dei risultati culturalmente adeguati e di efficacia.

Gli infermieri formati ad una sensibilità transculturale rispettano i diritti umani e sono contrari a pratiche non etiche, tabù culturali e decisioni e azioni culturalmente inaccettabili.

Comprendere il contesto culturale del cliente è essenziale per rispondere, in maniera appropriata, ai suoi bisogni assistenziali.

Una terapia basata sull'assistenza culturale può essere richiesta da individui che sono stati feriti profondamente nell'animo a causa dell'ignoranza culturale. [Leininger 2002, p. 62].

In aggiunta a tali principi che costituiscono l'ossatura della sua interpretazione dell'assistenza infermieristica l'autrice sostiene, che una definizione caratterizzante il nursing transculturale è la focalizzazione sulle differenze (*diversities*) e le similarità (*commonalties*) tra le culture in relazione alla salute, malattia, schemi di cura, i valori e le credenze di una particolare società.

Per la Leininger l'assistenza *care* come sostantivo indica il sostegno e la cura nel senso delle attenzioni che un'infermiera rivolge all'interlocutore per anticiparne i suoi bisogni e va distinta dal processo assistenziale *to care* verbo da cui il gerundio *caring* che si riferisce alle azioni per sostenere, aiutare e agevolare altre persone per migliorare il suo stato di salute o affrontare in modo migliore la disabilità o la morte.

L'assistenza è incorporata nella cultura come parte integrante della cultura stessa e per assistenza culturale si intendono i valori, le credenze e le espressioni note a livello cognitivo che aiutano, sostengono e sono benefiche verso una persona o una comunità per conservarne il benessere, migliorare le condizioni umane o lo stile di vita, o affrontare, nel miglior modo possibile, la morte o le invalidità. [Marriner-Tomey 1994, trad. it. 1996].

Tra i concetti simbolici importanti ca-

ratterizzanti l'assistenza per la Leininger, ci sono i due sistemi *emico* ed *etico*, che si riferiscono a costrutti assistenziali diversi, ma che l'infermiere deve conoscere per offrire un'assistenza di qualità. La prospettiva *emica* rivela la conoscenza delle pratiche tradizionali, dei modi di esperire, l'assistenza in una determinata cultura mentre, la prospettiva *etica* ricerca delle caratteristiche comuni, delle conoscenze e delle abilità pratiche che si insegnano nei corsi di formazione infermieristica e rappresentano l'assistenza professionale.

Entrambi i modi sono utili per erogare un'assistenza supportiva³, e integrata⁴. Questi due concetti fondamentali, costituenti l'assistenza, sono studiati in tutto il mondo da ricercatori infermieristici, per scoprire nuovi aspetti dell'assistenza nelle varie culture. La Leininger ha per prima introdotto questi due concetti per migliorare la qualità dell'assistenza ed entrambi questi concetti devono essere analizzati e studiati per erogare un'assistenza veramente *patient-centered*.

L'assistenza, *core centrale del nursing*, dovrebbe essere caratterizzata da uno *studio comparato* delle diverse culture infermieristiche attraverso degli scambi culturali o di idee o di pratiche per una possibile mediazione tra le stesse culture con l'intento di poter usare questa mediazione per migliorare il *caring* nelle diverse culture.

Forse proprio qua sta il limite della teoria della Leininger, che non prende in considerazione un approfondimento su un campo meticcio dell'assistenza culturale, approfondimento che, in primo luogo, si realizza tra persone portatrici di una cultura secondo modalità specifiche e sempre dinamiche e mai chiuse in quadri sinottici e tabelle. Infatti, sebbene la Leininger compia un primo sforzo di sottolineatura dell'importanza dello scambio culturale e della nuova mediazione a livello culturale tra gli interlocutori portatori di culture diverse, non arriva alla comprensione reciproca tra persone, portatrici di diversi universali culturali, e non

entra nel campo della relazione unica e irripetibile che s'instaura tra un professionista, unico e irripetibile, e la persona o il gruppo da assistere, unica ed irripetibile. Il campo dell'infermieristica interculturale, infatti, va oltre questo concetto, senza voler enfatizzare la differenza dei prefissi *trans*⁵ e *inter*⁶, presuppone un processo dialogico interpersonale tra operatore sanitario e paziente/comunità per arrivare ad una comprensione dialettica su campi nuovi, è una mediazione tra mondi diversi che rimodella se stessa continuamente e in nuovi terreni assistenziali, terreni di scoperta, di produzione culturale, terreni ibridi, *fuzzy*⁷, che favoriscono una fecondazione reciproca tra diversi modelli culturali e umani nell'erogazione dell'assistenza, e favoriscono una ricomposizione identitaria tra la cornice culturale dei due attori e l'ambiente di riferimento nell'interrelazione infermiere paziente/comunità. Quando poi la persona altra, proviene da una cultura lontana dagli schemi di riferimento dell'assistenza portata da operatori autoctoni, se mai esiste un'assistenza autoctona autentica, tratto altamente opinabile, tale consapevolezza di rimodellare il nursing su terreni nuovi sempre cangianti deve diventare consapevolezza e *must* per ogni infermiere. In situazioni assistenziali sempre più caratterizzate dall'incontro con culture altre, l'infermiere deve costruire un'assistenza dinamica, mirando a garantire la qualità dell'assistenza più elevata possibile.

L'interculturalità, "*Dove il prefisso inter è adottato in ragione del riferimento a dinamiche dialettiche rispetto al multi che viene ad indicare una semplice giustapposizione un vivere accanto*" [Pompeo 2002] è un modo di pensare che non si accontenta degli scambi di usi e abitudini con il paziente altro, infatti, come sottolinea Clanet [Clanet 1993, p. 21] le idee introdotte dal prefisso *inter* traducono sia il legame, la reciprocità (inter-professionalità), che la separazione e la distinzione (inter-dizione, inter-mittenza) producendo questa ambivalenza con-

giunzione/disgiunzione. Analogamente il rapporto d'aiuto tra infermiere e utente/i il contatto fra due *portatori di cultura* differenti è fatto d'interpretazioni, compenetrazioni, interruzioni, interferenze, dinamiche meticcie che presuppongono una complessità che deve essere cominciata a comprendere, da parte dell'operatore, se si vuole interiorizzare l'esperienza del processo salute-malattia, in cui oltre l'oggettività dei bisogni, si provveda al loro soddisfacimento in un'accezione ermeneutica.

Dietro alla semplici varianti terminologiche dei prefissi *inter* e *trans*, ci deve essere un progetto su terreni nuovi dell'assistenza infermieristica, tra mondi culturali *di quel paziente e di quell'infermiere*, terreni spesso mutevoli e ibridi, dove l'operatore si deve muovere secondo coordinate apprese nell'ambito della formazione interculturale infermieristica, consentendogli di essere la persona *facilitatrice* del processo di cura, in un rapporto integrato tra i vari operatori sanitari e l'utente.

Il flusso relazionale, educativo, tecnico nell'assistenza alla persona per soddisfare i bisogni di salute, non deve intendersi solamente come un flusso di scambio comparativo e critico tra visioni diverse del processo di nursing, ma come un rapporto di ridefinizione dell'assistenza, i cui termini di riferimento sono assistenza meticcica, ibrida, sincretica, *fuzzy*.

E' una cornice assistenziale maneggiata e manipolata da coloro che ne sono gli interpreti (infermiere e paziente) in accordo a contestualizzazioni geografiche, storiche, sociali e temporali.

Note

1. Il termine *emic* (emico) riferito all'infermieristica fu sviluppato dalla Leininger nei primi anni 60, quando capì l'importanza di conoscere le credenze, gli usi, le abitudini, i valori assistenziali e le loro pratiche da un punto di vista folk o popolare. Tale concetto è definito dalla Leininger come *generic care* e viene

espresso come il sistema tradizionale, naturalistico, popolare di assistere, aiutare e facilitare la guarigione degli esseri umani.

Il concetto sviluppato insieme a quello di *etic* permette di fornire un'assistenza infermieristica integrata, in altre parole, formata dalla prospettiva del sistema folk e dalla prospettiva del sistema del nursing del professionista e consente, quindi, di erogare un'assistenza olistica culturalmente adeguata all'utente per migliorare il suo benessere.

2. Il termine *etic* si riferisce all'assistenza erogata da professionisti sanitari e fu sviluppato per definire un'assistenza appresa e trasmessa a livello formale. In questo senso il termine *etic* (etico) caratterizza il contrario di *emic*.
3. Il rapporto *supportivo* è quello che intercorre tra due persone che ricoprono livelli paritetici.

In questo rapporto l'infermiere ha intenzione di favorire nell'altro la crescita, la consapevolezza, il controllo, l'autonomia nei bisogni e il raggiungimento di un modo di agire più adeguato ed integrato.

E' un'esperienza d'apprendimento, per la quale infermiere ed utente entrano in interazione per affrontare un problema sanitario immediato, per collaborare, se possibile, alla sua risoluzione e trovare dei modi di adeguarsi alla situazione.

4. La Leininger intende per *assistenza integrata*, un'assistenza che usa il meglio le pratiche *emic* ed *etic* di modo che si possa erogare un'assistenza ricca di significati e culturalmente adeguata. Per un approfondimento di questi concetti introdotti nel nursing da Madeleine Leininger si veda [Leininger 2002, cap.V°].
5. Per *trans*, in termini dotti o scientifici, si indica passaggio al di là, attraversamento, mutamento da una condizione all'altra o significa al di là, attraverso. Nel nostro contesto viene ad indicare le differenti fasi di un processo transitivo da una cultura ad un'altra con la creazione di nuovi fenomeni culturali di *neoculturazione*. Fenomeni culturali contaminati, ibridi, mutevoli e sempre dinamici.
6. *Inter* fa riferimento a condizione o posizione intermedia fra due cose o fra limiti di spazio e tempo (interlinea, intercostale) o indica collegamento (interfaccia, internazionale, intercomunale) o esprime rapporto di reciprocità (interdipendenza). [Vocabolario Zingarelli 1995]. Nel nostro caso tale prefisso contribuisce ad un nuovo tipo di assistenza, dialogica, che esplora dinamiche di comprensione innovative e dinamiche, che si muovono in ambiti di *métissage* identitario infermiere paziente. Non è solamente un rapporto dialogico tra culture

ma un rapporto tra identità individuali, tra porteurs d'appartenenza specifica.

7. Per logica *fuzzy* si intende una logica che trascende i conflitti tra oggettività e soggettività nell'assistenza e che quindi aiuta la comprensione di fenomeni assistenziali complessi. Per esempio, fenomeni che danno risalto a dinamiche dialogiche tra portatori di identità culturali altre.

Per un approfondimento si veda il lavoro di Eun Ok Im e Wonshik Chee (2003).

Fuzzy logic and nursing. Nursing Philosophy, 4, pp. 53-60. Si veda, inoltre, Rolfe G. (1997). *Science, abduction and the fuzzy nurse: an exploration of expertise.* Journal of advanced nursing, 25, pp.1070-1075.

AUTORI

Alessandro Stievano

bibliografia

Aletto L., Di Leo L., Nursing nella società multiculturale, Roma, Carocci, 2003.

Clanet C., L'interculturel. Introduction aux approches interculturelles en education et en science humaines, Toulouse, Presses universitaires du Mirail, 1993.

Eun Ok Im e Wonshik Chee (2003). Fuzzy logic and nursing. Nursing Philosophy, 4, pp. 53-60.

Leininger M., Nursing and anthropology: two worlds to blend, Columbus OH, Greyden Press, 1994, 2a ed.

Leininger M., McFarland M.R., Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice, Mc Graw-Hill Company, USA, 3 ed., 2002.

Manara D.F., Il nursing transculturale.

Eguaglianza, disuguaglianza, differenza, in Benci L. (a cura di), Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing, Milano, McGraw-Hill, 2003(a), pp.529-549.

Mantovani G., Comunicazione e identità, Bologna, Il Mulino, 1995.

Marriner Tomey A., Nursing theorists and their work, St. Louis, Mosby, 1994, 3aed., trad. it.; Alvaro R., Spotti D. (a cura di), I teorici del nursing e le loro teorie, Milano, McGraw-Hill, 1996.

Pompeo F., Il mondo è poco, Roma, Meltemi, 2002.

Rolfe G. (1997). Science, abduction and the fuzzy nurse: an exploration of expertise. Journal of Advanced Nursing, 25, pp.1070-1075.

Riunione Commissione relazione con gli iscritti



**Gruppo di colleghi che collaborano
con la commissione relazione con gli iscritti
per la realizzazione di attività e progetti
da attuare nel prossimo autunno.**

Ricordate i tempi in cui gli infermieri finivano in cronaca solo per brutte vicende? Ebbene, c'è la speranza che quei tempi stiano tramontando, superati dalla storia e dalla nuova consapevolezza che gli organi di informazione cominciano con insistenza a raccogliere e rilanciare nel grande circo mediatico: la sanità senza infermieri non è sanità. Neanche un po'.

Non che il vecchio vizio di dare addosso alla categoria infermieristica sia scomparso. Resiste ancora e riaffiora di tanto in tanto perché un infermiere che sbaglia... fa più notizia di un architetto o di un avvocato. Eppure, accanto a questo, negli ultimi mesi i media hanno concentrato l'attenzione sui problemi degli infermieri, aprendo un vasto e articolato dibattito nel Paese. A cominciare dall'emergenza personale che, finalmente, fa breccia tra i lanci d'agenzia, gli articoli di giornale, i servizi e le trasmissioni radio e tv.

Addirittura, come spesso accade nel mondo dell'informazione, la carenza di infermieri e i suoi effetti pratici assumono contorni parossistici, fino a divenire lo "spauracchio" mediatico dell'estate. I quotidiani italiani lanciano allarmi sulla chiusura di reparti, riduzioni di posti letto e di servizi, collegando i provvedimenti alla mancanza di personale infermieristico. Si comincia così a parlare degli infermieri e dei loro problemi, accendendo una nuova luce sul ruolo sociale stesso della professione.

Qualche esempio: <Riposi saltati, ferie programmate ma non garantite, turni aggiuntivi: dura la vita degli infermieri da tempo costretti a lavorare a ritmo da massacro> scrive nell'edizione del 4

giugno scorso La Nazione. Che aggiunge <Un dato su tutti dà l'idea del deficit: ci sono più medici che infermieri. A "naso" dovrebbe essere il contrario>. E spiega: <In Liguria ci sono solo 5.5 infermieri ogni mille abitanti>. A più voci (La Repubblica, Il Tempo, Il Mattino, Il Piccolo, Il Centro) viene denunciato l'andazzo secondo cui molte Aziende non pagano lo straordinario ai colleghi in servizio ma impongono loro di recuperare le ore aggiuntive lavorate in un secondo tempo, peraltro in data da destinarsi.

Tengono banco anche gli accorpamenti fra reparti a cui molte strutture ricorrono in estate per tamponare l'emergenza ferie. <Letti a rotazione per affrontare l'estate> titola il Corriere del Veneto del 4 giugno scorso. <Da Chioggia a Dolo e a Mirano: reparti soggetti ad accorpamenti per far fare le ferie agli infermieri> spiega il sommario dell'articolo.

Che mette a fuoco anche la difficile condizione degli ospedali e delle Asl che operano nelle mete turistiche tipicamente estive, alle prese con un grande e repentino afflusso di potenziali pazienti: <Non chiude d'estate l'Asl 10, che anzi dovrà fare gli straordinari per curare anche le decine di migliaia di turisti che arriveranno sulle spiagge del Veneto orientale, nonostante ci sia un deficit di almeno sessanta infermieri>.

L'argomento suscita un certo allarme fra la gente ed è dunque "appetibile" per i media. Finiscono così per avere eco anche le proteste che gli infermieri, esasperati dalla situazione, sono costretti ad inscenare. E' il caso dei colleghi del Servizio 118 di Potenza, giunti fino allo sciopero della fame. Scrive la Gazzetta



del Mezzogiorno del 2 giugno 2006: <Servizio 118, sciopero della fame - Carenze di organico e precarietà strutturale, i lavoratori protestano e si "autosegregano" nella centrale operativa. È questa la risposta degli operatori della centrale di Potenza contro la carenza di personale che costringe i lavoratori a turni massacranti e a non poter fruire di riposi e ferie>.

La carenza di infermieri ha rappresentato uno dei temi ricorrenti della "Giornata mondiale della Salute 2006", celebrata lo scorso 7 aprile. Se ne è occupata anche la popolare trasmissione tv di Canale 5 "Maurizio Costanzo Show" del 4 aprile. Ospiti in studio, il presidente del Collegio IPASVI di Roma Gennaro Rocco ed Enrico Lumini, infermiere presso il Pronto soccorso dell'ospedale Careggi di Firenze. Rispondendo alle domande di Costanzo, Rocco ha spiegato: <E' una crisi planetaria, con numeri e gravità diverse a seconda dei Paesi del mondo, ma comune a tutti. Sono oltre 60 mila gli infermieri che mancano in Italia. E, peraltro, anche con questi 60 mila infermieri non si raggiungerebbe nemmeno lo standard europeo. In Italia ci sono oggi 5 infermieri per mille abitanti contro i 7 per mille abitanti della media europea. La gente se ne accorge quando va in ospedale e verifica con i propri occhi quanti pochi infermieri vi siano, quanto siano oberati di lavoro, sottoposti a doppi turni massacranti e che non riescono a fare assistenza nel modo giusto>. Chiede Costanzo: <E' un problema che sento ripetere da molti anni. Ma possibile che non cambi nulla? Che succede? I giovani non vogliono fare gli infermieri?>. <Oggi gli infermieri non sono più i "paramedici" di una volta - risponde Rocco - ma professionisti intellettuali a tutto tondo. Non sono al servizio dei medici ma dei cittadini. Da cinque anni ormai gli infermieri si formano all'università e si laureano. Questo sta riavvicinando i giovani alla professione dopo un lungo periodo di disamoramento che ha determinato la carenza di personale di cui oggi soffriamo. La "Giornata mondiale della Salute 2006" vuole attirare l'attenzione dell'opinione pubblica su questo grave problema. L'OMS

chiede a tutti i Governi dei Paesi avanzati di investire molto di più sulla formazione infermieristica. Oggi abbiamo molti infermieri extracomunitari che vengono a lavorare da noi. E per fortuna che ci sono loro! Ma ciò significa anche sottrarre infermieri ai Paesi di origine. Per questo siamo impegnati a formare infermieri anche all'estero, in Africa come nei Paesi dell'Est europeo>.

Anche quest'ultimo aspetto dell'emergenza, il crescente ricorso agli infermieri extracomunitari, viene messo a fuoco con maggiore insistenza dalla stampa. Il Piccolo-Edizione Nazionale del 5 giugno titola: <Infermieri: il 10% è straniero - Cresce il numero degli immigrati negli ospedali e nelle case di cura - Provengono da Paesi come Perù, Colombia, Romania, Croazia, Moldavia, Filippine. La maggior parte sono donne>.

Come pure trovano risalto gli annunci concorsuali per l'assunzione di infermieri, che proprio in virtù dell'emergenza guadagnano i titoli di testa di quotidiani e periodici. C'è anche chi, come Il Mattino nell'edizione del 3 giugno, non si limita ad annunciare l'avvio di un concorso per 80 posti da infermiere a Caserta, ma sottolinea con tratti negativi che il solito vincolo dettato dai limiti di spesa rende virtuale la graduatoria del concorso, con i posti assegnati che non saranno coperti se non gradualmente, nell'arco di alcuni anni. Una vecchia storia che gli infermieri denunciano da tempo immemorabile.

Finalmente i mass media, come scossi da un lungo torpore, sembrano aver riscoperto il ruolo, il valore, l'importanza degli infermieri. E cominciano a interpretare i loro problemi come quelli dell'intera comunità. Beh, meglio tardi che mai.

Egregio Presidente, leggendo il suo editoriale, pubblicato sul numero 3/05 di "Infermiere Oggi", mi sono soffermata su due punti in particolare: il primo è quello in cui sottolineo l'aggravarsi dell'emergenza infermieristica e la carenza di infermieri nelle strutture pubbliche e private del Lazio, che ha superato la soglia critica e che mette a rischio l'erogazione dei livelli minimi di assistenza.

Beh, se la situazione è davvero così critica, mi chiedo e le chiedo: perché ogni volta che vado a presentare il curriculum nelle varie strutture private di Roma e provincia mi sento sempre dire "mi dispiace, ma non abbiamo bisogno, le faremo sapere". E dopo nove mesi sto ancora aspettando che mi facciano sapere?

L'altro punto su cui mi sono soffermata è quello in cui tocca il delicatissimo tasto del costo, in termini economici e di tempo, dell'Ecm, in quanto, come credo abbia capito, sono disoccupata e al momento il solo pensiero di dover affrontare la spesa dei crediti Ecm 2006 mi spaventa enormemente. E poi, da colleghi che hanno la fortuna di lavorare, ho sentito che è molto difficile avere permessi o giorni liberi per prendere parte all'Ecm. Pertanto, sono d'accordo con lei quando dice che servono corsi aziendali in orario di servizio e soprattutto quando afferma che è necessario assegnare degli specifici fondi al Programma Ecm. Se esistessero già, francamente, sarei molto meno

preoccupata per l'anno venturo.

Lettera firmata

Cara Collega, le sono grato per l'attenzione che riserva al canale di comunicazione che questa rubrica ci offre. E anche per gli spunti che propone nella sua lettera.

Quello della carenza di infermieri che si intreccia con la disoccupazione è di certo un dato strano, evidentemente contraddittorio, che però non mi stupisce. Non si tratta infatti di una novità. Da diversi anni ormai la carenza di personale infermieristico nelle strutture pubbliche e in quelle private ha assunto contorni e numeri drammatici, come pure da tempo resiste una quota di disoccupazione che, sebbene non comparabile a quella di qualche anno fa, è ancora significativa.

Sulla prima non si può discutere: parlano le condizioni di lavoro che ogni infermiere affronta quotidianamente in reparto o in ambulatorio per tamponare i paurosi vuoti degli organici. Sulla seconda ci sarebbe molto da dire. Anche qualcosa che è bene denunciare con chiarezza: mi riferisco a certi orientamenti aziendali che, in alcune strutture sanitarie private, favoriscono l'assunzione di personale extracomunitario rispetto ai colleghi italiani. Non si spiega altrimenti il contrasto stridente tra le risposte evasive a domande di as-

sunzione come la sua e il crescente ricorso all'opera di colleghi stranieri. Va da sé il sospetto che qualcuno ci guadagni. E non certo i pazienti.

In ogni caso, il mio suggerimento è di non mollare, continuare la ricerca del posto di lavoro senza demoralizzarsi né fermarsi davanti agli ostacoli. Continui a proporre il suo curriculum, non si scoraggi. Sul fronte della sanità pubblica, diversi concorsi si sono rimessi in moto e altri stanno per essere banditi. Confidiamo poi negli impegni assunti dal Governo nazionale ad investire adeguate risorse finanziarie per rafforzare gli organici infermieristici.

Quanto all'Ecm e alla necessità di im-

porre alle Aziende l'organizzazione di corsi interni, in orario di servizio e gratuiti, è una vecchia battaglia di questo Collegio. La Regione Lazio ha finalmente raccolto questa nostra pressante indicazione e attendiamo che il nuovo modo di fare e di intendere l'Ecm si realizzi concretamente in tutte le Aziende sanitarie e ospedaliere. Continueremo a batterci anche per sviluppare lo strumento della formazione a distanza, capace di tagliare ulteriormente costi e sacrifici a carico degli infermieri; pretendiamo però garanzie precise sul fronte della qualità dei corsi e il massimo rigore per il loro accreditamento, onde evitare cattive sorprese.

in pillole

Cancro al seno, recidive nel mirino

Con una pubblicazione su *Annals of Oncology*, Andrea Decensi degli Ospedali Galliera di Genova e Umberto Veronesi dell'Istituto Europeo di Oncologia riferiscono i risultati di una ricerca da loro diretta sull'uso della fenretinide, un farmaco correlato alla vitamina A, nella prevenzione dell'insorgenza di recidive per il cancro al seno. Lo studio, iniziato nel 1987, ha seguito oltre 2.800 donne; a circa metà di esse sono stati somministrati, dopo un intervento chirurgico per l'asportazione di un tumore al primo stadio, unicamente 200 milligrammi di fenretinide al giorno per un periodo di cinque anni. Le pazienti sono state seguite per un periodo variabile fra i 12 e i 16 anni, rilevando 168 recidive di

cancro nel gruppo trattato con fenretinide, contro i 190 casi manifestatisi nel gruppo di controllo. Nelle donne in età post-menopausale vi erano in effetti più tumori nel gruppo trattato con fenretinide (85 contro 64); ma fra le donne in età pre-menopausale nel gruppo trattato con fenretinide i casi di cancro erano solo 83, contro i 126 del gruppo di controllo. La fenretinide avrebbe quindi effetti diversi a seconda che venga somministrato dopo o prima della menopausa, evidenziando in quest'ultimo caso una significativa riduzione del 38% delle recidive. L'intento dei ricercatori è ora di proseguire lo studio per verificare se la fenretinide abbia un effetto preventivo nell'insorgenza di un primo cancro al seno fra le donne sane che non abbiano ancora raggiunto la menopausa.



ALTRI SITI DI INTERESSE INFERMIERISTICO

Altri siti di interesse infermieristico

Internet si evolve, corre alla velocità del vento, proprio come i pensieri e le idee di migliaia di colleghi italiani che tutti i giorni scelgono di impegnarsi e contribuire nel loro piccolo alla crescita della nostra bella professione: ecco una mini rassegna di nuovi link di interesse infermieristico, debitamente visitati e commentati per voi.

Associazione Infermieri di Camera Operatoria: <http://www.aicoitalia.net/>

Fornisce informazioni di carattere generale in riferimento alla categoria; si possono trovare informazioni sulle sezioni regionali di riferimento, documenti, corsi e congressi Ecm inerenti l'infermieristica chirurgica, ecc. C'è anche una sezione "download", ma riservata agli iscritti.

Presente un Forum di discussione ed una chat...!

Associazione Italiana Infermieri di Anestesia <http://www.aiia.it/>

Il sito di questa Associazione infermieristica è molto ricco e ben articolato: troviamo una sezione di "news" tematiche, sempre in primo piano, riguardanti lo specifico del mondo infermieristico nel contesto anestesio-logico, e devo dire anche molto interessanti. Presente anche un Forum di discussione tematico, una sezione "annunci" e gli immancabili "links" di varia estrazione.

Proterin: <http://www.proterin.it>

Un progetto ambizioso, nato nel 2003: creare una cartella infermieristica informatizzata alla portata di tutti. Oggi è già realtà. Il sito mette a disposizione per il download gratuito, il progetto di "cartella infermieristica informatizzata", in formato Microsoft® Access®.

Per chi volesse collaborare al progetto, ed apportare delle migliorie, può contattare direttamente gli autori del progetto, direttamente online, con l'apposito Forum di discussione (che funziona anche da "help" e

supporto tecnico.

Presente anche altri programmi utili all'infermieristica, come ad esempio un software per gestire una piccola farmacia ospedaliera.

Emergency Magazine:

<http://www.emj.altervista.org/>

Emergency Magazine è un prodotto web gestito in prima persona, ma molto ricco ed articolato: orientato principalmente all'emergenza, offre tuttavia molte risorse anche a chi in emergenza non opera. Anche qui, presente un Forum tematico, una sezione di "download" documenti, link, ecc. Tutto rigorosamente soggetto a registrazione utente (gratuita).

Terapia - Intensiva: <http://www.terapia-intensiva.it>

Nasce qui una bella idea esclusivamente e squisitamente infermieristica: un sito web "guida" per chi lavora in terapia intensiva. Appunti, farmaci, diluizioni, tesi e linee guida (tradotte nientemeno che dal CDC di Atlanta...)

Peccato che la maggior parte delle sezioni siano ancora vuote, ma un po' di materiale è già possibile trovarlo online...basta avere pazienza e sfogliare!

Perfusione.net: <http://www.perfusione.net>

non propriamente un sito di infermieristica, ma sicuramente uno di quei siti superspecializzati dove potete trovare moltissime informazioni inerenti la perfusione e la circolazione extracorporea. Peccato che la maggior parte delle pubblicazioni sia priva di riferimenti bibliografici "attendibili". Presente anche un Forum di discussione, poco frequentato, anche in virtù dell'alta specialità delle tematiche affrontate.

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

Obbligo referto per l'infermiere

Traggo spunto dalla mia esperienza pratica per affrontare il problema se, e in che termini, sull'infermiere incomba l'obbligo di referto e, quindi se sia al medesimo applicabile l'art. 365 cod. pen.

Secondo questa norma: *"Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestata la propria assistenza o opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, ometta o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'art. 361, è punito con la multa fino a 516,00 Euro."*

Per certo la fattispecie si applica anche all'infermiere.

La legge 26 febbraio 1999, n.42 ha difatti stabilito che *<la denominazione "professione sanitaria" ausiliaria nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934 n.1265,nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita con la denominazione "professione sanitaria">*

Di conseguenza non vi è dubbio che ogni infermiere, in quanto esercente la professione sanitaria, sia soggetto all'obbligo di referto.

Come si evince dalla lettura della norma, l'obbligo di referto viene in essere non in ogni momento della vita quotidiana, ma solo quando l'infermiere esercita la pro-

fessione sanitaria. Ciò avviene per certo durante l'orario di lavoro e, a mio avviso, ogni qualvolta ci si adoperi nell'assistenza infermieristica alla persona e così pure, quindi, quando si presta soccorso o si svolga anche un'attività di volontariato sanitaria oltre il rapporto contrattuale di lavoro.

Cosa intenda l'articolo 365 del codice penale per *"delitto per il quale si debba procedere d'ufficio"* è cosa ardua da spiegare in quanto breve spazio. Con non poca approssimazione possiamo dire che, i reati più gravi, nel codice penale, sono tendenzialmente tutti perseguibili d'ufficio (cioè a dire autonomamente dall'ufficio del P.M.), per cui è sufficiente la notizia di reato (da chiunque resa e comunque pervenuta all'Autorità Giudiziaria), perché si dia avvio all'azione penale.

In altri casi, evidentemente ritenuti dal legislatore meno gravi, i reati sono perseguibili solo "a querela di parte" ossia, poiché il bene protetto dalla norma penale in questi casi è più strettamente individuale, occorre un atto di volontà della persona offesa (la querela) perché si proceda all'azione penale.

La rilevanza di tale distinzione è evidente poiché, nei casi in cui l'infermiere non si trovi di fronte a delitti per i quali si debba "procedere d'ufficio", non scatta l'applicazione dell'art. 365 c.p. (con il connesso obbligo di referto).

I casi nei quali, a mio avviso, è ipotiz-

zabile l'obbligo di referto a carico dell'infermiere (e di ogni altro esercente una delle professioni sanitarie) a mente del codice penale, sono i seguenti :

- omicidio doloso (art.575 c.p.);
- omicidio colposo (art.589 c.p.);
- omicidio preterintenzionale (art. 578 c.p.);
- morte come conseguenza di lesioni (art.586 c.p.);
- istigazione al suicidio (art. 580 c.p.);
- lesioni personali dolose e colpose (art. 582 e 590 c.p.);
- abbandono di minori e incapaci (art. 591 c.p.);
- maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli (art.572 c.p.);

A questi debbono aggiungersi alcune ipotesi più gravi di violenza sessuale (art. 609 bis. e segg. c.p.): se il fatto è commesso su minore; se è commesso dal genitore o dal convivente; etc.

L'elenco non è esaustivo e non ha finalità didattiche che avrebbero bisogno di maggior spazio e tempo; mi interessa però stimolare riflessioni sul punto e far capire come anche l'obbligo di referto, esteso (senza dubbio alcuno) agli infermieri, sia un segno del cambiamento della professione.

Che cos'è il referto?

Il referto è disciplinato dall'art. 334 cod. proc. pen., ed è un documento (o meglio un atto certificato) attraverso il quale qualsiasi professionista sanitario dà no-

tizia all'autorità giudiziaria del fatto che egli ritiene rientrare tra i delitti perseguibili d'ufficio, ed in relazione al quale ha prestato la propria opera o assistenza nell'esercizio della propria professione.

Il referto deve essere fatto pervenire entro 48 ore al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui è stata prestata l'opera o l'assistenza o, in mancanza, all'ufficiale di polizia più vicino.

Spesso e volentieri nelle strutture aziendali (pubbliche o private) sono previste delle procedure di refertazione specifiche con la relativa "modulistica" da compilare.

Tuttavia, qualora così non fosse, è la legge a stabilire (oltre i tempi di trasmissione visti sopra) che il referto deve indicare: la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e ogni altro elemento utile ad identificarle nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento; infine, il referto deve indicare le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare.

AUTORI

Avv. Alessandro Cuggiani

in pillole

Alzheimer, la via dell'IVIg

Marc Weksler del Weill Medical College della Cornell University ha presentato i risultati di uno studio su 8 malati di Alzheimer (dalla forma lieve a quella moderata), trattati per sei mesi con immunoglobulina intravenosa (IVIg) e seguiti per altri tre mesi dopo sospensione

della terapia. L'IVIg, prodotto derivato dal sangue di donatori, contiene concentrazioni elevate di anticorpi, inclusi quelli contro la beta-amiloide. Dopo ogni somministrazione è stato rilevato un significativo aumento dei livelli degli anticorpi anti-amiloide e, in 6 pazienti, si è riscontrato un leggero miglioramento delle funzioni cognitive.

Recensione del libro:
"ECG L'ARTE DELL'INTERPRETAZIONE"

Prestare servizio nei reparti d'Unità Coronarica, Centri di Rianimazione e in tutti quelli dove sono previsto un monitoraggio ECG del paziente, capire la lettura del tracciato elettrocardiografico è infermieristicamente affascinante e da una dimensione nuova all'infermieristica d'oggi.

Sicuramente il futuro è proprio questo ed avere un sussidio dove poter apprendere facilmente delle nozioni basilari è un'occasione rara.

Questo è un libro che, nella sua complessità, è molto capillare e da tutte le informazioni possibili; è un testo facilmente leggibile ed adatto soprattutto per tutti gli Infermieri che prestano servizio nelle terapie intensive (area critica).

Diviso in due parti, il libro diventa di facile consultazione, ma soprattutto entra sempre nei particolari della pratica che nell'assistenza sanitaria d'oggi (avere degenze sempre più brevi e pazienti più gravi) è importante.

E' un documento che sicuramente, se letto più volte e raffrontato nell'infermieristica quotidiana, assicura un'equilibrio, non facile, per un'assistenza non più standardizzata, ma personalizzata nel vero senso della parola.

Tutto questo, sicuramente, va ad incidere sia sui costi, ma soprattutto sulla qualità assistenziale.

Marco Tosini

IL COLLEGIO IN TV

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

Televideo

Regionale RAI

La pagina assegnata

al Collegio Ipasvi di Roma é...

439

E' stata stipulata una convenzione tra il Collegio I.P.A.S.V.I. di Roma e la Formazioneforum S.r.l., Ente di Formazione accreditato dalla Regione Lazio e certificato Qualità BVQI, con anni di esperienza nel settore del recupero scolastico, per dare l'opportunità a tutti gli iscritti al Collegio e ai loro familiari di conseguire:

- il Diploma di Stato anche in un anno, *a soli 45,00 euro al mese*, studiando a casa attraverso un percorso individuale personalizzato, seguito e monitorato costantemente da insegnanti esperti nella preparazione agli esami, di persone adulte che lavorano ed hanno poco tempo.
- Corsi di Lingua Inglese, livello principiante, intermedio, avanzato, realizzati tramite la nostra Scuola "Accademia Americana", funzionante con presa d'atto del Ministero della Pubblica Istruzione.
- Corsi ECDL, la patente europea del computer.

Per informazioni dettagliate:

Tel. 06.5135056 - 06.51885047

www.formazioneforum.it