

m infermiere oggi

Anno XVI - N. 4 - Ottobre-Dicembre 2006 - Tariffa Associazioni Senza Fm di Luoro: Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2, DCB Roma



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

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma

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

DIRETTORE RESPONSABILE
Gennaro Rocco

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

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

Rivista trimestrale ottobre/dicembre 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: Marzo 2007

Tiratura: 26.000 copie

"Infermiere Oggi" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'Autore o degli Autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli Direttivi.

Quando il contenuto esprime o può coinvolgere la responsabilità di un Ente, o quando gli Autori parlano a suo nome, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi responsabili.

Il testo deve essere il più conciso possibile, compatibilmente con la chiarezza di esposizione. Le bozze verranno corrette in redazione. I lavori non richiesti e non pubblicati non verranno restituiti.

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti gli Autori citati nel testo. Le citazioni da periodici devono comprendere: il cognome e l'iniziale del nome dell'Autore o dei primi due Autori, nel caso di più di due Autori, verrà indicato il nome del primo, seguito da "et al."; il titolo originale dell'articolo, il titolo del periodico; l'anno di pubblicazione, il numero del volume, il numero della pagina iniziale.

Le citazioni di libri comprendono: il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del libro (eventualmente il numero del volume e della pagina, se la citazione si riferisce ad un passo particolare), l'editore, il luogo e l'anno di pubblicazione. Gli Autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.

Tutto il materiale deve essere spedito o recapitato al Collegio IPASVI di Roma, Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

1 EDITORIALE

di Gennaro Rocco

3 IL PAZIENTE DIABETICO IN VIAGGIO

di Serena Guerriero

11 Valutazione della condizione di emergenza-urgenza:

Il triage

di Anna Ricci

17 L'ASSISTENZA AL PAZIENTE NEL PREOPERATORIO: NORME DI ASEPSI

di Fabrizio Di Gregorio

21 LE COMPETENZE DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO

di Massimo Menchella

26 Valutazione dell'insorgenza delle lesioni da decubito regione calcagno rispetto al rifacimento letto

di Massimo Giordani e Francesco Celletti

32 Il prelievo arterioso radiale per emogasanalisi: protocollo operativo per l'infermiere

di S. Lancianesi, A. Coltellaro, G. Andreozzi

38 Gestione intraospedaliera della frattura di femore in pazienti ultrasessantacinquenni

di Marco Tosini

46 RIFORMULAZIONE DELL'ART. 5.4 DEL CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE

47 LETTERA APERTA A...

49 COMMISSIONE RAPPORTI INTERNAZIONALI

50 GLI INFERMIERI ITALIANI AL VERTICE DELLA FEPI

52 Linea diretta con il Presidente

54 L'angolo dei media

59 RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE: QUALE "STATO DI SALUTE"? IL PARERE DI UN ESPERTO

di Marianita Barberis

64 Infermieri in rete

Cui prodest?

di Gennaro Rocco

Un tormento mediatico senza precedenti. Intollerabile perfino per chi, come gli infermieri, è purtroppo avvezzo al malcostume dell'irricognoscenza. Non è certo la prima volta che la nostra professione viene fatta oggetto di assurdi strali e attacchi ingiustificati. Ma quanto nelle ultime settimane, i media hanno scritto sui professionisti sanitari e sugli infermieri in particolare, è veramente troppo ed inaccettabile.

Il caso del Policlinico Umberto I di Roma ha fatto da detonatore di una mina che è costantemente innescata sotto la divisa degli infermieri. Da qui un'esplosione mediatica in uno stile censurabile, all'insegna dello "sparo nel mucchio". Che tristezza!

Ne parliamo diffusamente in questo numero, segnalando l'atteggiamento ottuso oltre che irresponsabile di certa stampa. E non solo di questa.

E la stampa purtroppo influenza l'opinione pubblica. Lo abbiamo visto con i nostri occhi e sentito con le nostre orecchie, sui luoghi di lavoro come nei bar, in metro o al supermercato.

I mali della sanità sono tanti e noi infermieri li conosciamo e li denunciemo da anni. Sono anche però tante le testimonianze di buona sanità: professionisti preparati, seri e rigorosi che si formano in lunghi e sempre più complessi corsi di studio. Professionisti che frequentano Master, corsi di Laurea specialistica, Dottorati di ricerca con un at-



teggimento ed uno spirito di abnegazione non proprio così diffusi e comuni ai giorni nostri. Infermieri che si barcamenano tra mille difficoltà, sempre pronti a farsi carico dei disagi dei pazienti e dei loro familiari 24 ore al giorno e tutti i giorni dell'anno, perché sono sempre lì, comunque lì,

dove si erogano i servizi e le prestazioni. E non c'è tempo di lamentarsi perché i carichi di lavoro sono estenuanti. Non lo diciamo noi. Lo dicono le innumerevoli lettere dei cittadini che ci pervengono e che sono sempre pronti a testimoniare episodi e storie di professionalità che li riguardano.

Turni di lavoro raddoppiati, orari impossibili perché mancano risorse. Sono anni che lo diciamo. Siamo un Paese che a parità di popolazione ha la metà (dico la metà) degli infermieri che ha la Gran Bretagna che, pensate un po', denuncia che i suoi infermieri sono assolutamente insufficienti. Sì, perché si para-metra con i Paesi del Nord Europa dove gli infermieri sono, in rapporto alla popolazione, addirittura il triplo di quanti ne abbiamo in Italia. Di questo i giornali parlano poco e poco dicono del blocco delle assunzioni che coinvolge anche gli infermieri. Così, nonostante la carenza, rimangono disoccupati centinaia di giovani che si sono laureati nelle nostre università negli scorsi mesi di novembre e dicembre. Ed a marzo ci sarà la nuova sessione di laurea. Ma che razza di Paese è questo? E' possibile che

nessuno abbia il coraggio di affrontare seriamente una volta per tutte questa situazione? Sì, perché i mali endemici del sistema sanità non vengono assolutamente scalfiti. I veri buchi della sanità sono frutto di sprechi sotto gli occhi di tutti, di modelli organizzativi antistorici, obsoleti, determinati e decisi da una classe dirigente che (fatte le dovute eccezioni), è scelta non tanto per le capacità e per i curricula posseduti, ma perché rispondente a logiche di spartizione delle poltrone perpetuate dalla politica. Alla quale poi essa è tenuta a rispondere.

Ma qualcuno avrà il coraggio di denunciare una volta per tutte queste nefandezze? E alle denunce potrà finalmente seguire qualche provvedimento che sia in grado di determinare un cambiamento di rotta? Noi ci crediamo, o almeno lo speriamo. Così non può andare avanti a lungo!

Per tornare ai giornalisti, ai quali va riconosciuto un ruolo sociale importantissimo, anzi direi fondamentale, ritengo che essi debbano essere più coraggiosi ed andare oltre la notizia di cronaca, quella che fa audience o fa aumentare le tirature. Devono fare molto più "approfondimento", devono produrre dossier in grado di esaminare con dovizia di particolari il perché delle cose e renderne consapevole la gente comune. Invitassero in trasmissioni di prima serata e di grande audience non la Orłowski, ma infermieri che possano discutere seriamente di sanità!

Qui non si tratta di difendere l'indifendibile. Qualche pecora nera ce l'abbiamo pure noi. E allora? Può bastare ciò per infangare da capo a piedi un'intera categoria? Non siamo noi a dare scandalo, certamente non più di chi decide e gestisce gli ambienti ospedalieri, di chi dovrebbe controllare e

non lo fa, di chi dovrebbe prevenire e se ne disinteressa. La nostra è una categoria che lavora sodo e con professionalità. Salvo eccezioni, d'accordo. Quelle eccezioni che, per primi, censuriamo e condanniamo.

Un episodio mi ha fatto riflettere ulteriormente su questo tema. Mentre, dopo l'ennesimo scandalo di malasanità, dai media piovevano improperi sugli infermieri, proprio nei giorni bollenti del caso Policlinico, a Cesena andava in scena ciò che per noi è pane quotidiano, o quasi. Un collega assisteva, da spettatore, a una partita di calcio del campionato juniores quando un giovane calciatore è caduto a terra per un contrasto duro con un avversario; ha perso i sensi; non respirava. Era in arresto cardiaco e aveva i secondi contati. Il collega si è precipitato sul terreno di gioco, ha capito subito la gravità del caso e ha preso in mano la situazione: ha praticato un massaggio cardiaco e ha assistito e ventilato il giovane. Il quale, dopo qualche minuto, ha riaperto gli occhi. Era salvo. Tanto che è stato visitato in ospedale e dimesso poco dopo.

Bella storia no? Eppure sui giornali neanche un riga, né in tv o alla radio, con la sola eccezione di un quotidiano locale (il "Corriere di Romagna") che riferisce di quanto accaduto. Pensate a che cosa sarebbe successo per un episodio di segno opposto, magari con un infermiere che sbaglia un soccorso. Apriti cielo! Sarebbe cascato il mondo, naturalmente sulla testa degli infermieri.

Storture che si ripetono a ritmo forsennato. Non un caso isolato, dunque. Ecco allora la domanda che tutti noi dobbiamo porci. Perché? E soprattutto: cui prodest?

Il paziente diabetico in viaggio

di Serena Guerriero

La patologia diabetica mostra, soprattutto nei paesi industrializzati, un'elevata tendenza ad un aumento sia dell'incidenza che della prevalenza. In particolar modo l'elevata prevalenza del diabete di tipo 2, ha portato l'OMS a parlare di una vera e propria epidemia. Alla luce di questi dati la mia attenzione si è soffermata su un aspetto non trascurabile della vita quotidiana di questi pazienti: il viaggio, la vacanza. Lo scopo del mio lavoro è stato quello di reperire informazioni da poter fornire al paziente diabetico che decide di partire.

Dare indicazioni, chiarire dubbi, ascoltare le richieste e le perplessità di un paziente rientra nella definizione di educazione sanitaria, un aspetto peculiare della professione infermieristica, avvalorato dal Profilo professionale all'articolo 1, punto 2 dove si afferma: *"L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria"*. Ruolo dell'infermiere è valutare i bisogni del paziente e le richieste da egli avanzate; seguirlo nell'attuazione dei consigli forniti, valutare il soddisfacimento al ritorno del viaggio e mettere in evidenza ciò che si è discostato dai piani, al fine di tenerlo presente in un'esperienza successiva. Ogni paziente ha la sua personalità, la sua cultura ed il suo modo di fare: l'infermiere deve essere conscio che le sue

priorità potrebbero non coincidere con quelle del paziente e dei suoi familiari, che vanno assecondati dove abbiano delle richieste ed edotti dove abbiano delle conoscenze errate. A tal fine l'educazione sanitaria deve essere prestata dopo un'approfondita valutazione delle abitudini, delle attitudini, delle convinzioni, del modo e della capacità di apprendere del paziente, di quali siano le conoscenze sui rischi ai quali può andare incontro e se sappia come tutelarsi e a chi riferirsi in caso di necessità. Da questo consegue che l'educazione al paziente diabetico che si reca in viaggio deve essere personalizzata, in base ai mezzi che si hanno a disposizione.

Viaggiare è un'attività salutare per tutti, soprattutto per chi non gode di ottima salute. Per chi soffre di malattie croniche, come il diabete, sarà il modo migliore per acquisire maggiore dimestichezza nella gestione della propria patologia, per rafforzare la fiducia in se stessi e sentirsi meno isolati, imparare a condividere la stessa esperienza con altri.

Indipendentemente che si tratti di lavoro o di piacere, un viaggio ben riuscito è un viaggio senza pensieri.

PRIMA DI PARTIRE

Prima di partire il paziente deve essere a conoscenza del proprio stato patologico, in tutti i segni ed i sintomi, e deve essere stato educato con dovizia all'autocura da parte di un professio-



nista come l'infermiere. Deve, inoltre, aver cura di procurarsi quanto indispensabile per la migliore gestione della glicemia e quanto potrebbe rivelarsi utile per superare

eventuali emergenze che si presentassero lontano da casa e dal proprio medico di fiducia. Il viaggiatore affetto da diabete deve accertarsi che il luogo, meta del viaggio, possa assisterlo in caso di emergenza. È opportuno che si rechi presso il centro diabetologico di riferimento, per ricevere informazioni in merito alla presenza di strutture attrezzate e di facile reperibilità nella località prescelta. Il paziente con diabete di tipo 1 (oggi anche i pazienti affetti da diabete di tipo 2, ma più raramente) che volesse abbandonare la routine di doversi somministrare insulina nel sottocute tramite siringhe, può concertare con il proprio team diabetologico la possibilità di indossare un microinfusore. È utile per chi vuole recarsi in spiaggia e fare una nuotata, per chi vuole passeggiare in montagna o per chi decide di accettare un inaspettato invito al ristorante, ma anche per chi non vuole far sapere di essere affetto da diabete, perché le piccole dimensioni gli permettono di essere nascosto al di sotto dei vestiti. Richiede da parte del paziente una buona conoscenza della patologia, una buon rapporto con la tecnologia perché deve saper programmare sul computerino il bolo di base, i boli preprandiali e quelli di correzione ed infine buona capacità e manualità per gestire l'agocannula. È indispensabile che si faccia rilasciare dal proprio diabetologo un certificato, redatto in lingua inglese che attesti lo stato diabetico (insulino o non-insulino dipendente) con specificata terapia ipoglicemizzante assunta (dosi quotidiane e correzioni in caso di eccessivi sbalzi) nonché altre terapie, usualmente praticate, e se indossa un microinfusore (in questo caso deve allegarne una foto). Si deve attestare la necessità di trasportare siringhe monouso, per prevenire problemi che potrebbero sorgere al passaggio attraverso i metal detector del-

l'aeroporto. Un consiglio importante è quello di eseguire gli esami per glicemia, chetonuria, acetonuria; visita cardiovascolare, controllo elettrocardiografico, visita neurologica con controllo delle lesioni a carico dei piedi, e sottoposti i risultati al medico. Educare il paziente, e la famiglia, ad eseguire periodicamente questi esami, significa consegnargli gli strumenti adatti al fine di conseguire un buon equilibrio metabolico; prevenire e posticipare l'insorgere di complicanze acute (chetonuria e ipoglicemia), e croniche (retinopatia, nefropatia, micro e macro angiopatia). Qualora la meta del viaggio lo richiedesse è opportuno provvedere ad effettuare vaccinazioni al fine di proteggersi contro particolari rischi patologici. Il paziente deve informarsi sulla necessità di ricevere assistenza sanitaria in convenzione ed, in mancanza di questa, provvedere alla stipula di un'assicurazione che lo tuteli in caso di necessità.

COSA METTERE IN VALIGIA

Nella fase di preparazione della valigia, il viaggiatore diabetico deve sempre dare la precedenza alla patologia, dedicando due astucci con su scritto "materiale per il diabete" per agevolare l'identificazione da parte di terzi. Una la porterà sempre con se, l'altra la metterà nella valigia, per eventuali smarrimenti e difficoltà nella reperibilità dei bagagli. Non deve assolutamente dimenticare di mettere un rifornimento di tutto ciò che occorre per la gestione ed il controllo del diabete. In caso di viaggio in aereo, per chi è in terapia insulinica, è opportuno trasportare l'insulina nel bagaglio a mano perché le stive degli aerei possono raggiungere temperature molto basse, seppure oggi l'insulina riesce a tollerare una temperatura che va dai 4° ai 30°C. Trasportare su un aereo aghi e lancette pungidito è consentito, non più solo dalla lettera di accompagnamento che attesta lo stato di diabetico, ma anche dalla presenza di etichette ufficiali con riportato un codice internazionale che identifica la preparazione e la casa farmaceutica. Inoltre le lancette devono essere tra-

sportate con apposito cappuccio ed insieme all'apparecchio per l'autocontrollo con il nome ben in evidenza. Per chi fa uso di ipoglicemizzanti orali, non deve rimuoverli mai dalla confezione per inserirli in un portapillole, in quanto questa accortezza permette di identificarli facilmente e di poterne controllare la data di scadenza. Il viaggiatore affetto da diabete deve avere delle fiale di glucagone, per fronteggiare eventuali crisi ipoglicemiche gravi che non regrediscono con la normale assunzione di carboidrati. In aeroporto, quando si deve far passare il bagaglio a mano sotto i metal detector, rimuovere il materiale per il controllo e la gestione del diabete. Alcuni tipi di insuline, al contatto con i raggi-x, potrebbero subire delle modificazioni e precipitare. Quindi, muniti dei documenti necessari tenuti tutti insieme, il paziente può proporre un controllo manuale della borsa in questione.

IL MEZZO MIGLIORE PER PARTIRE

Al momento della partenza il paziente deve essere certo di avere un buon equilibrio glicemico. Per questo è consigliato non cambiare tipologia di terapia o di farmaco prima di partire e continuare a rispettare l'orario della somministrazione di insulina o degli ipoglicemizzanti orali. I disturbi che i pazienti possono prenderlo alla sprovvista e talora sono di difficile identificazione. Un problema frequente è quello del guidatore che viene colpito da lampi o da riflessi di sole o più comunemente dai fari abbaglianti. Egli lamenta una improvvisa perdita e riduzione del visus. Particolare attenzione devono prestare i pazienti diabetici con retinopatia, che può essere peggiorata da brusche illuminazioni. Al tramonto, potrebbe insorgere emeralopia, un difetto di accommodation nel passaggio dalla luce solare a quella notturna. E' sconsigliata la guida notturna perché richiede maggiore vigilanza e allerta, condizione che comporta un maggiore consumo di zuccheri da parte delle cellule nervose del cervello, aumentando il rischio di crisi

ipoglicemiche. Due consigli importanti sono: l'evitare di viaggiare da soli e l'informare il compagno di viaggio del proprio stato diabetico. Quest'ultimo può accorgersi facilmente, se edotto in maniera corretta, dei "segnali di allarme" di una crisi ipoglicemica quali: volto pallido e sudato, crisi di riso e di pianto, stanchezza, confusione, brividi, sguardo fisso, ansietà e nervosismo. Si possono avere due casi: se la persona è ancora cosciente il compagno di viaggio la deve costringere a fermarsi, deve fargli assumere dello zucchero ad assorbimento rapido, invitarlo al riposo, fargli assumere, infine, dello zucchero ad assorbimento lento; se, una volta fermato, il paziente dovesse perdere coscienza o non fosse nella condizione di deglutire, deve somministrare glucagone.

Una volta che si intraprende una crociera, sarà più il tempo che si passa in mezzo al mare di quello sulla terra ferma. Anche quando si sbarca, molte volte si è in posti bellissimi ma isolati, per questo motivo bisogna essere pronti a far fronte a tutte le situazioni che potrebbero verificarsi. Uno dei problemi che il paziente potrebbe avere è la cinetosi. In alcune persone molto sensibili si manifesta con pallore, sudorazione algida, nausea e vomito, fino ad arrivare a fenomeni ipotensivi con presenza di tachicardia compensatoria. Questi sintomi possono essere confusi con quelli di una crisi ipoglicemica che solitamente si manifesta con sudorazione eccessiva, tremori alle estremità e brividi di freddo, improvvisa fame, visione offuscata, improvvisa stanchezza e irritabilità, giramenti di testa, fiacchezza, debolezza, comportamento anomalo, difficoltà motoria, palpitazioni, mal di testa, nausea, sonnolenza, ansia. Per contrastare la cinetosi è sconsigliato mangiare a ridosso della partenza, ma è preferibile fare uno spuntino ogni tanto, previa controllo della glicemia. E' opportuno, poi, che il paziente scelga il posto più stabile sulla nave, al centro, e cerchi delle distrazioni.

Un problema che devono affrontare i pazienti diabetici insulino-trattati volando attraverso vari fusi orari, è quello di dover adattare i tempi di sommini-

strazione e la quantità di insulina in modo da evitare di trovarsi "non in sincronia" con l'orario locale all'arrivo. Ben scarsa informazione è disponibile sulle strategie di adattamento dell'insulina ai fusi orari. È importante che i pazienti si procurino un itinerario di viaggio in cui siano specificati gli orari di partenza e di arrivo, la durata dei voli e le differenze di ora fra i punti di imbarco e quelli di sbarco. Con queste informazioni, i medici dovrebbero essere in grado di fare una stima approssimativa degli adattamenti necessari durante il viaggio. I pazienti con restrizioni dietetiche dovrebbero contattare in anticipo le loro linee aeree per ottenere pasti speciali. La gestione del diabete è generalmente basata su un normale programma di somministrazione nelle 24 ore. Viaggiando verso nord o verso sud, non sono necessari cambiamenti nel programma giornaliero. Generalmente, non sono necessari adattamenti delle dosi di insulina se il paziente attraversa meno di cinque fusi orari. Il viaggiare verso est accorcia la durata del giorno e, in generale, può rendere necessaria una riduzione dell'insulina, poiché la somministrazione dell'insulina sarà più ravvicinata del solito e potrebbe quindi causare ipoglicemia. Al contrario, il viaggiare verso ovest comporta un allungamento della giornata e quindi potrebbe essere necessario aumentare le dosi di insulina. Tuttavia, questa regola apparentemente semplice da seguire "verso ovest-più insulina; verso est- meno insulina" può non sempre rivelarsi giusta. Orari diversi di partenza e voli prolungati potrebbero richiedere un approccio più complesso. I pazienti che non usano un microinfusore dovrebbero passare ad un regime insulinico "basale" prima del viaggio, se non lo seguono già, poiché, con l'esclusione del microinfusore, questo è il sistema ideale per affrontare tutte le situazioni in un viaggio attraverso molti fusi orari. In generale, i pazienti dovrebbero

essere consigliati di non cambiare l'ora dei loro orologi da polso, mantenendo quella del luogo d'imbarco. Ciò renderà più facile determinare l'ora giusta per le loro iniezioni di insulina e per i pasti. I pazienti che usano un microinfusore possono continuare la loro routine normale di dosi basale e di bolo, cambiando l'ora sul loro microinfusore una volta arrivati a destinazione. Può dare maggior sicurezza lasciar salire leggermente più del normale i propri valori glicemici per i primi uno o due giorni, piuttosto che rischiare un'ipoglicemia. Se il paziente ha un'insulina ultralenta, la dose totale (ancora una volta equivalente all'intera quantità basale) dovrebbe essere divisa fra mattina e sera. Tutte le dosi di insulina ad azione rapida dovrebbero rimanere uguali e devono essere somministrate prima di ogni pasto, come al solito. La sincronizzazione degli antidiabetici orali non è così importante come quella dell'insulina. Se il paziente deve assumere due volte al giorno metformina (Glucophage), un tiazolidinedione, o una sulfonilurea, per esempio, può essere più semplice saltare una dose e avere una leggera iperglicemia per 6-8 ore piuttosto che prendere due dosi troppo ravvicinate, rischiando un'ipoglicemia.



FINALMENTE IN VACANZA

Quando il paziente si espone al sole si deve assicurare che il corpo resti adeguatamente rinfrescato ed idratato e deve alternare sempre momenti d'ombra per evitare ustioni serie, tenendo anche in considerazione che la neuropatia, una delle complicanze del diabete, non permette di percepire adeguatamente il dolore. Inoltre alcune persone affette da diabete hanno difficoltà di sudorazione, essendo così più facilmente esposte al rischio di un colpo di sole. Quindi uno dei consigli è quello di evitare di bere alcoolici e caffè, che riducono la sudorazione e la sensazione di calore contribuendo alla disidratazione. Alcuni studi hanno documentato che l'aumento di temperatura corporea può interferire con l'assorbimento di insulina, altri che l'estesa infiammazione della pelle dovuta ad una prolungata esposizione al sole rappresenti una forma di stress, che aumenta il fabbisogno di insulina. Questo è correlato alla vasodilatazione con conseguente aumentata velocità di assorbimento dell'insulina dal sito di iniezione sottocutaneo, secondario al caldo dei raggi solari.

Prendendo il sole, il paziente deve indossare sempre gli occhiali da sole, per ridurre il rischio di retinopatia. Prima di fare il bagno in mare, è necessario che indossi scarpine o pinne e faccia attenzione alle punture di ricci o meduse che popolano il Mediterraneo. Questo consiglio diviene un invito quando si reca in paesi tropicali, dove i mari sono popolati di varie specie di pesci velenosi e dove le spiagge sono invase di parassiti che penetrano facilmente nella cute umana.

Coloro che indossano un microinfusore, dopo un bagno, una nuotata o una caduta accidentale in acqua, è bene che controllino che funzioni correttamente o se si fossero attivati degli allarmi. Molti microinfusori sono costruiti per resistere a lungo sott'acqua, anche a qualche metro di profondità. Invece alcune case produttrici raccomandano di limitare a trenta minuti la durata dell'immersione e a un metro la profondità massima raggiungibile. Si consiglia poi

di pulirlo ed asciugarlo bene per rimuovere la salsedine. Nulla impedisce di staccare il microinfusore e il catetere dall'agocannula che rimarrà inserito nel sottocute. E' sconsigliato tuffarsi perché questo aumenta il rischio che l'agocannula si dislochi.

Non è sconsigliata, invece, l'attività subacquea, ma è importante tenere presente dei numerosi rischi che questa comporta: l'aumento di pressione degli spazi aerei, l'aumento della pressione dell'azoto in profondità ed i connessi disturbi gastrointestinali e la malattia da decompressione. Il problema più grave è l'ipoglicemia che interferisce con la sensibilità, i livelli di vigilanza, con i riflessi e il coordinamento dei movimenti. Esiste anche un problema di riconoscimento in superficie in quanto i sintomi possono essere confusi con quelli della narcosi da azoto che si manifesta con attività mentale rallentata, intorpidimento delle labbra, del viso e dei piedi, amnesia e perdita della coscienza. Quindi è bene seguire dei corsi per professionisti, non immergersi mai da soli e limitare i tempi di immersione. E' necessario conoscere e saper ben controllare le reazioni del proprio organismo, prima di avventurarsi in questa pratica.

In alta quota la temperatura si abbassa generando una vasocostrizione periferica con attivazione ormonale di compenso e con conseguente innalzamento dei valori della glicemia. Le rigide condizioni climatiche che si trovano oltre i 4000 metri costringono a tenere i misuratori di glicemia e il flacone dell'insulina a contatto con il corpo. Deve porre attenzione, anche, alla formazione di bolle d'aria all'interno dei serbatoi dei microinfusori, o delle cartucce della penna per la riduzione della pressione atmosferica.

Se il paziente avesse deciso di svolgere esercizio fisico, come una passeggiata o una scalata, deve aspettare almeno un'ora dalla somministrazione dell'insulina. Soprattutto deve fare attenzione al sito di inoculazione, escludendo le sedi in corrispondenza di masse muscolari interessate nell'esercizio fisico, perché ciò aumenta l'assorbimento dell'insulina. E' consigliato misurare la glicemia anche durante l'esercizio e fer-

marsi se i valori fossero inferiori a 100 mg/dl o superiori ai 200 mg/dl.

L'esercizio fisico regolare si somma all'azione dell'insulina, aumentando l'utilizzazione periferica del glucosio; migliora alcuni fattori di rischio aterogeni quali l'assetto lipidico, valori pressori, performance cardiaca e iperaggregabilità piastrinica. Inoltre contribuisce al mantenimento del peso corporeo ideale, migliora il senso di benessere e le interazioni sociali. Un intenso allenamento di resistenza, però, può causare un aumento della pressione capillare retinica con emorragia. Per prevenire l'ipoglicemia è consigliato assumere un pasto 2 ore prima dell'esercizio fisico ed assumere carboidrati durante, cosa che non è necessaria per i pazienti trattati con la dieta. E' buona norma evitare di svolgere esercizio fisico nei picchi di assorbimento dell'insulina 1-2 ore dalla somministrazione dell'insulina rapida e 2-3 ore dalla somministrazione dell'insulina intermedia. Il rischio di ipoglicemia non si riduce al termine dell'esercizio. Se l'esercizio fisico è fatto tra le 15 e le 20 è maggiore il rischio di incorrere in ipoglicemie notturne. Per prevenire questo il paziente deve ridurre la dose di insulina post esercizio, soprattutto di quella che agisce per tutta la notte, ingerire uno spuntino prima di andare a dormire e controllare la glicemia prima. Per ricevere tutte le informazioni è bene rivolgersi agli "alpinisti diabetici in quota". E' un'associazione che si vuole inserire nel progetto della prevenzione e promozione di azioni che migliorino lo stile e la qualità della vita dei pazienti diabetici. Nasce dall'idea di creare un connubio tra diabete ed esercizio fisico attraverso l'alpinismo. E' possibile anche iscriversi all'associazione e partecipare alle gite educative organizzate, al fine di gestire al meglio la glicemia.

Per chi si reca nei paesi tropicali il problema senza dubbio più diffuso è quello dei disturbi gastrointestinali legati all'alimentazione. Il nostro organismo, infatti, si è abituato a livelli di potabilizzazione dell'acqua e di qualità igienica degli alimenti tali da renderlo, facilmente, vittima di tossinfezioni alimentari in presenza di condizioni igieniche non ottimali. Il disturbo più ricor-

rente è rappresentato dalla diarrea del viaggiatore che si manifesta con la comparsa di dolori intestinali, associati talvolta a nausea, vomito e febbre lieve. Il rimedio è quello di bere acqua confezionata, per ripristinare la perdita di liquidi, conseguente la diarrea. Il paziente diabetico o chi lo accompagna deve tenere presente se l'insulina è già stata somministrata; a questo punto è necessario controllare spesso la glicemia. Se fosse inferiore ai 100mg/dl il paziente deve assumere piccole dosi di bevande zuccherate; se il vomito o la diarrea persistessero l'unico rimedio è quello di recarsi al più vicino ospedale. Se invece l'insulina non è stata ancora somministrata, bisogna provvedere alla somministrazione di quella ad azione lenta e controllare i valori della glicemia. Se questi non dovessero stabilizzarsi nel giro di un paio d'ore e la situazione non accennasse a migliorare, è meglio recarsi in ospedale. La sindrome iperglicemica iperosmolare non-chetonica è un modo complicato di descrivere la conseguenza di una grave disidratazione nei pazienti con diabete. Il glucosio nel sangue supera abbondantemente la cosiddetta soglia renale di 170 mg/dl. I reni tentano di eliminare il glucosio con l'urina, ma per ottenere questo risultato si deve perdere anche molta acqua. I vari tessuti dell'organismo si privano di acqua per tentare di compensare questa pericolosa situazione: si genera pertanto una diffusa sofferenza, anche a livello cerebrale, con spossatezza, sopore, disorientamento fino al coma vero e proprio.

Tale condizione è assai rara ma può mettere a repentaglio la vita portando ad insufficienza renale, coma e perfino morte del paziente.

Per bere, ma anche per lavarsi i denti è preferibile usare acqua gassata, venduta in bottigliette sigillate. Allo stesso modo bisogna diffidare dall'aggiunta di ghiaccio nelle bevande. E' meglio evitare, anche, frutta senza buccia e verdura non cotta. Bisogna prestare particolare attenzione ai gelati, alle creme, alla maionese e ai latticini. Il latte può essere consumato se pastorizzato, e va bollito per almeno 15 minuti.

Una delle presenze più fastidiose in

questi paesi è quella degli insetti, responsabili in molti casi della trasmissione di malattie infettive e parassitose. La migliore prevenzione è quella di non farsi pungere. Al calare della sera, dopo il tramonto diventa necessario indossare abiti a trama fitta, di colore chiaro e lunghi, proteggendo anche caviglie e piedi (i colori sgargianti attirano mosche e zanzare). E'consigliabile usare repellenti capaci di tenere lontani gli insetti, la cui efficacia dura per due e tre ore. Il paziente diabetico deve evitare di dormire in abitazioni non murate e deve accertarsi che il letto abbia delle zanzariere; deve tenere accese l'impianto di climatizzazione, perché l'abbassamento della temperatura crea un ambiente sfavorevole alla diffusione degli insetti. E' sconsigliato utilizzare pomate con alte concentrazioni di cortisone per il suo effetto iperglicemizzante, in quanto altera il metabolismo dell'insulina, rallentandolo. Il paziente diabetico non deve privarsi del piacere di mangiare fuori, soprattutto in quanto questi posti offrono buffet molto assortiti, deve solo fare attenzione a ciò che mangia. E' facile perdere il controllo della quantità di cibo. Meglio quindi ordinare ricchi contorni di verdura e ridurre invece i grassi. Si consiglia di evitare cibi di cui non si sanno gli ingredienti e cercare quanto più possibile di fare il conteggio dei carboidrati. Se la prospettiva è quella di aspettare molto prima di essere serviti, iniettarsi un'insulina ad azione rapida subito dopo aver ordinato.

CONCLUSIONI

L'educazione sanitaria al paziente diabetico che decide di affrontare un viaggio è incentrata sul paziente e sulla sua quotidianità; egli è il protagonista, non il ricettore passivo di prescrizioni e consigli. Questo tipo di educazione si fonda su una collaborazione tra paziente e il team-care in cui l'infermiere riveste un ruolo importante. Attualmente si riscontrano numerose difficoltà a tradurre questo nella pratica professionale. Infatti si continua a sottolineare l'importanza di una corretta di una cor-

retta adesione al trattamento farmacologico per tenere nei parametri i valori del diabete e prevenire il rischio di complicanze. Questa mancanza ha le sue radici in quelle che sono le convinzioni, prima di tutto, che spingono il paziente a ritenere molto più importanti i consigli sulle attività da svolgere solo dal punto di vista clinico e terapeutico. Di conseguenza la ridotta richiesta del paziente ha portato, a mio avviso, a sottovalutare l'importanza dell'educazione sanitaria su tematiche come il viaggio, nella pratica infermieristica.

Infatti, in Italia il rapporto con il paziente si esaurisce nel mandarlo dall'infermiere per imparare ad iniettarsi l'insulina o a controllare la glicemia e dalla dietista per ricevere consigli sulla dieta priva di zuccheri.

Invece il ruolo dell'infermiere deve essere quello di individuare i bisogni del paziente, prefiggere degli obiettivi da raggiungere per risolverli e favorire i processi di apprendimento, supportandolo dal punto di vista emotivo. Deve provvedere, quindi, all'educazione iniziale, all'insegnamento delle abilità necessarie per l'autocontrollo e deve insegnare al paziente a vivere bene con il diabete. Per ottenere tutto questo ci vorrebbe, da parte di tutti i membri del team care, la consapevolezza di quali sono le competenze professionali di ciascuno e quale ruolo si è chiamati a svolgere all'interno dell'equipe.

Le motivazioni che vengono avanzate dai professionisti in merito al fallimento dell'educazione sanitaria per quanto riguarda alcuni aspetti della patologia sono: il sovraffollamento delle strutture e la parallela mancanza di personale, da cui consegue la mancanza di tempo degli infermieri di dedicarsi all'educazione sanitaria fatta di momenti formativi e momenti informativi, volti ad indurre il paziente ad attivare quelle modificazioni nello stile di vita indispensabili al controllo del diabete; c'è da aggiungere, poi, la confusione dei ruoli all'interno del team dove l'infermiere tende a fare esclusivamente ciò che il medico delega al fine di ottimizzare i tempi, con il rischio di incentrare l'attenzione più sulla patologia che sul malato. Dal punto di vista del paziente

c'è la cattiva convinzione che "si va dal medico per essere curati, non per essere educati". Trascinato dagli eventi della routine quotidiana il paziente ha poco tempo per porsi in ascolto e per leggere. Per quanto riguarda l'argomento delle vacanze e dei viaggi, poi, c'è un'evidente difficoltà a reperire documenti, testi, linee guida e articoli che non siano prolissi e che siano scritti da personale non medico. Poco spazio viene dato alle informazioni (centri, indirizzi, siti internet, numeri di telefono...) in merito a

chi riferirsi per ovviare a questo o a quel problema che si pone prima di partire o durante il viaggio stesso. Una buona educazione deve basarsi su concretezze, sfruttando tutti i mezzi che si hanno a disposizione, anche la fantasia di ogni singolo professionista.

AUTORE

Serena Guerriero
Infermiera Policlinico A. Gemelli

bibliografia

- Brunner, Suddarth " Nursing medico-chirurgico", Milano, Casa editrice ambrosiana, 2005

- D. Bruttomesso, V.Miselli, N.Sulli " Il mio microinfusore" ed. Roche- Accu-Check , giugno 2005

- M.Cox , D. Nelson "Introduzione alla biochimica di Leninger ", Bologna, Ed.Zanichelli, 2003

- R.W. Shillitoe "Psychology and diabetes" ed. Chapman and Hall, Londra, 1988

- M.Chandran, S. Edelman, " Far l'insulina e volare: la gestione del diabete durante i viaggi aerei e la strategia di adattamento ai fusi", Clinical Diabetes, vol.21, n°2, aprile-marzo 2003

- Alcuni pazienti " Il microinfusore secondo me...", Modus, ed. Roche diagnostic, n° 20, febbraio 2006, da pag.26 a pag 28.

- M. Frier "Hypoglicemia and driving performance", Diabetes Care, Febbraio 2000, vol.22, n° 2

- www.a.d.i.q.it

- www.americandiabetesassociation.it

- www.diabete.net

- www.diabeteonline.com

- www.diabetes.org

- www.ministerodellasalute.it

- www.microinfusori.it

- www.modusonline.it

- www.portalediabete.it

- www.progettodiabete.it

- www.saninforma.it

- www.viaggiasesicuri.it

- www.zainoinspalla.it

ALTRE FONTI

- III congresso Roche patient care, "L'educazione terapeutica alla persona con diabete: competenza strumenti, organizzazione", Villa Erba, 30/nov.- 2/dic. 2000

- Azienda Sanitaria Locale di Mantova, ufficio viaggiatori e ufficio per l'educazione sanitaria, "Viaggiare in salute: notizie e consigli sanitari per viaggiatori internazionali" 1999

- Regione Toscana, dipartimento della sanità e delle politiche per la salute, opuscolo del luglio 1996

- S.Zazzetta, Conferenza stampa SIMVIM, Società italiana dei viaggi e delle migrazioni, Milano, 24 giugno 2005.

Valutazione della condizione di emergenza-urgenza: **Il triage**

di Anna Ricci

Il triage non nacque in origine per gestire il sovraffollamento del Pronto Soccorso, ciò semmai, è avvenuto successivamente. Nasce dalla sanità militare ed ha una storia complessa interessante, per tante sue peculiarità. E' un termine che deriva dal latino "cernere" e successivamente preso dal francese "trier" e significa "**scelta-selezione**".

E' una terminologia propria della medicina che serve a classificare le persone che afferiscono alle strutture di emergenza in relazione al problema principale evidenziato, per predisporre con un processo decisionale dinamico, l'accesso in sala visita.

ELEMENTI STORICI: la paternità del triage viene attribuita al barone Jean Dominique Larrey, chirurgo capo dell'esercito napoleonico, il quale per primo predispose l'evacuazione organizzata dei feriti dal campo di battaglia. Da allora il triage fu applicato sui campi di battaglia di tutto il mondo e solo in un secondo tempo fu introdotto nell'ambito delle maxi-emergenze dove il suo impiego è mirato all'approccio iniziale alle vittime sul luogo dell'intervento.

L'evoluzione del soccorso extraospedaliero che porta il triage organizzato è l'evoluzione di cinque elementi:

il primo è quello appunto ideato dal barone Larrey, il **trasporto e il sollecito soccorso**, che già allora aveva portato ad un aumento della sopravvivenza;

il secondo documentato in molti campi di battaglia, il **dovere etico di curare i feriti**, anche quelli della parte avversa; il possibile verificarsi di **rapporti di collaborazione anche fra i medici di parti avverse**;

la selezione, quella che noi oggi chiamiamo triage, veniva effettuata con modalità simili e con un appropriato termine in lingua italiana già durante il primo conflitto mondiale. Era la fase della cernita dei feriti che veniva effettuata al posto di medicazione, che era la prima stazione di smistamento, qui venivano usate le tabelline cosiddette diagnostiche (tabelline bianche con due tagliandi, uno rosso e uno verde che indicavano se il ferito era trasportabile o no).

il trasposto protetto dopo stabilizzazione.

LA NORMATIVA: Da alcuni anni il triage si è posto all'attenzione di coloro che operano nell'emergenza sanitaria, sia sul territorio, sia nell'ambito del pronto soccorso e DEA al fine di ottimizzare gli interventi e diminuire soprattutto i tempi di attesa dei pazienti che presentano situazione di gravità. La normativa relativa al sistema di emergenza-urgenza territoriale è il D.P.R. 27/03/1992, che ha istituzionalizzato le attività di soccorso che venivano svolte fino ad allora in maniera difforme su tutto il territorio nazionale. Secondo la normativa, l'emergenza è suddivisa in una fase di allarme territoriale, e una fase di risposta

durante la quale il paziente viene portato al presidio ospedaliero più idoneo al tipo di patologia di cui è vittima, entrambi le fasi sono gestite dalla Centrale Operativa del 118. Le due fasi apparentemente divise, rappresentano in effetti un unico sistema dove professionalità diverse si pongono a disposizione dell'utenza fin dal primo momento del soccorso ovunque si sia verificato l'evento, fino al trasporto in ospedale e alle cure adeguate.

Successivamente, le linee guida sul triage dell'atto di intesa stato-regioni del gennaio 2001, stabiliscono i requisiti base per gli infermieri che svolgono attività di triage.

Nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza, il triage può essere applicato nei differenti settori e a vari livelli, con metodologia diversificata, ma con l'obiettivo comune di fornire la migliore risposta possibile in rapporto alle risorse disponibili.

LA FUNZIONE DI TRIAGE DI PRONTO SOCCORSO.

Le prime esperienze di triage infermieristico in Italia sono iniziate nei primi anni Novanta in Pronto Soccorso a elevato volume di utenza; in carenza di indicazioni consolidate dall'esperienza o di precise disposizioni legislative, hanno fatto inizialmente riferimento alle esperienze di altri paesi.

La funzione del triage costituisce uno strumento operativo cruciale nella gestione di un Dipartimento di Emergenza.

L'opportunità o la necessità di attivare nelle strutture di Pronto Soccorso la funzione del triage, selezionando cioè gli utenti che affluiscono ed attribuendo una priorità di accesso in base alle condizioni di maggiore urgenza, nasce essenzialmente dal sovraffollamento: in tutti i paesi industrializzati si registra un incremento progressivo di coloro che scelgono di rivolgersi al Pronto Soccorso e la previsione futura è quella di un ulteriore aggravamento.

Perché i Pronto Soccorso sono oberati da richieste di prestazioni non sempre

proprie? I motivi vengono fatti risalire a una serie congiunta di fattori, quali la crisi della figura del medico di medicina generale, l'insufficiente risposta che può dare la sanità extra-ospedaliera, la possibilità di esentare la prestazione dalla compartecipazione alla spesa (ticket). Questo fa sì che i tempi di attesa di una prestazione aumentino, facendo correre il rischio all'utenza di non avere la prestazione erogata in tempi utili con gravi danni. La funzione del triage nasce per ovviare a questi problemi e si pone degli obiettivi che sono quelli di:

ridurre al minimo possibile il ritardo nell'intervento sul paziente urgente e attribuire a tutti i pazienti un codice di priorità che gradui l'accesso alle cure mediche in relazione alla loro potenziale gravità e urgenza;
regolare il flusso dei pazienti e mantenere l'efficienza complessiva della struttura di Pronto Soccorso.

Esistono diversi tipi di triage:

il triage non professionale, effettuato dal personale (ausiliari - OTA) che accoglie il paziente;

il triage di base, eseguito da un infermiere che lavora da almeno 6 mesi in un servizio di Pronto Soccorso;

il triage avanzato, eseguito da un infermiere che ha conseguito conoscenze teoriche e una esperienza clinica in Pronto Soccorso;

il triage fatto dal medico;

il triage d'equipe, in cui un infermiere e un medico assumono insieme la responsabilità del caso.

RUOLO DELL'INFERMIERE DI TRIAGE.

Per anni il triage è stato gestito da infermieri che si sono preparati sul campo, poiché c'era scarsità di normative che riguardavano tali funzioni, successivamente l'introduzione delle prime linee guida sul triage - G.U. 17 maggio 1996, in attuazione a quanto previsto da D.P.R. 27 marzo 1992 per il sistema emergenza urgenza - affermano che all'interno dei DEA deve essere prevista la funzione del triage, il provvedimento di legge recita: **"tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente for-**

mato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente di servizio”.

Che cosa significa “adeguatamente formati”?

Le linee guida sul triage dell’Atto di Intesa Stato Regioni 2001 (G.U. 285 del 7 dicembre 2001) stabiliscono alcuni requisiti di base per gli infermieri che svolgono attività di triage:

Diploma di infermiere professionale, che secondo la normativa attuale corrisponde alla laurea di 1° livello in infermieristica o in titoli a essa equipollenti (diploma universitario in scienze infermieristiche, diploma di infermiere professionale) e nell’abilitazione professionale alla professione di infermiere;
Almeno 6 mesi di esperienza lavorativa al Pronto Soccorso;

Corso di addestramento nel supporto vitale di base, anche pediatrico;

Conoscenza delle procedure del sistema organizzativo del servizio;

Corsi di psicologia comportamentale, di organizzazione del lavoro e di conoscenza di tecniche relazionali:

Tuttavia per creare un buon rapporto con le persone assistite e mantenere un opportuno controllo su un’attività tanto caotica e complessa, sono indispensabili anche:

Un’ottima preparazione professionale;
Un controllo dell’emotività propria e altrui;

Una capacità di adattamento;

Una capacità decisionale;

Una capacità comunicativa e disponibilità;

Curiosità.

I principali compiti dell’infermiere di triage sono:

Valutazione della criticità della condizione della persona assistita e del rischio evolutivo definendo la priorità di accesso alle aree di trattamento;

Individuazione delle necessità di trattamento dei pazienti e **attuazione** degli interventi assistenziali, volti alla gestione della fase di accoglienza e di attesa;

Conduzione delle attività previste per la valutazione oggettiva e soggettiva;

Gestione delle relazioni con la

persona assistita, i suoi accompagnatori e gli altri membri dell’equipe;

Utilizzo della documentazione di triage, ovvero impiego contestualizzato dei protocolli di valutazione e compilazione della scheda di triage.

La normativa vigente (linee guida ottobre 2001) definisce alcuni criteri sull’organizzazione del lavoro, riassumendo le principali attività svolte dall’infermiere in triage e sono:

- raccolta dati;
- stabilire la priorità di accesso (codice colore);
- registrare i dati anagrafici del paziente e quanto rilevato durante la valutazione iniziale (scheda Triage);
- attuare i primi interventi assistenziali;
- sorvegliare il paziente in attesa della visita medica e rivalutarlo periodicamente;
- informare e gestire il paziente e i parenti;
- tenere i contatti con il 118, le forze dell’ordine, altre unità operative interne ed esterne della struttura (L.A. – Radiologia);
- coordinare il personale che collabora con il triage (figure di supporto, personale amministrativo, volontari, ecc.)

LE FASI DEL TRIAGE I criteri basati per stabilire la priorità di accesso all’area di trattamento sono:

Valutazione sulla porta: o colpo d’occhio deve essere eseguita rapidamente, in quanto l’infermiere deve identificare i pazienti le cui condizioni richiedono interventi immediati.

Gli aspetti generali della valutazione sulla porta sono:

A = pervietà delle vie aeree;

B = respiro;

C = circolo;

D = deficit neurologici o alterazioni dello stato di coscienza.

La valutazione soggettiva o anamnesi mirata consiste in una breve raccolta di informazioni sul motivo dell’accesso in Pronto Soccorso attraverso una breve intervista rivolta

al paziente, ai familiari, agli accompagnatori. La conduzione dell'intervista è strategica perché contempla aspetti tecnici, comunicativi e relazionali. L'infermiere deve comportarsi come una sorta di "investigatore", ma facendo domande aperte, evitare perciò di cominciare a fare domande con "perché". E' necessario individuare il sintomo/problema principale, la presenza di sintomi associati, patologie concomitanti e/o pregresse, allergie, vaccinazioni, farmaci assunti ecc.

Molto importante è la raccolta di informazioni riguardo a:

Circostanze dell'evento e inizio insorgenza sintomi;

Descrizione del problema e localizzazione;

Dinamica del trauma;
Progressione dei sintomi di insorgenza fino all'arrivo del Pronto Soccorso;
Trattamento effettuato prima dell'arrivo al Pronto Soccorso ed esito.

Il dolore è la ragione più comune per cui ci si rivolge al Pronto Soccorso ed è compito dell'infermiere inseguire e indagare il sintomo dolore in ogni sua forma e localizzazione. Per effettuare una valutazione veloce può essere utilizzata la scala "P-Q-R-S-T", che è un metodo sistematico i cui componenti sono: la causa che ha scatenato il dolore, la qualità, la regione interessata, la gravità, il tempo.

La valutazione oggettiva si compone



dell'esame fisico sul paziente, integrato attraverso:

L'osservazione (guardare come appare il paziente);

La misurazione dei dati (per es. la rilevazione dei parametri vitali);

La ricerca specifica di informazioni che possono derivare da un esame localizzato sul distretto corporeo interessato dal sintomo principale.

La decisione del triage è l'assegnazione del codice colore: rappresenta quindi il risultato del processo di triage che inizia con l'ingresso del paziente al Pronto Soccorso. Questo non significa fare una diagnosi, ma individuare i pazienti che hanno bisogno di cure immediate e quelli che invece possono attendere la valutazione del medico senza correre alcun rischio, assegnando un codice colore. L'assegnazione di un codice colore di priorità al termine della decisione del triage, determina quale utente deve essere preso in carico dal personale della sala visita; pazienti con problematiche urgenti verranno soccorsi prima di utenti con codice di priorità inferiore anche se arrivati in Pronto Soccorso prima dei casi più gravi.

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

CODICE GIALLO: potenziale pericolo di vita con possibile compromissione delle funzioni vitali a breve tempo. Stato di urgenza: entrata in sala visita entro 8 minuti.

CODICE VERDE: prestazione sanitaria differibile; problema acuto con funzioni vitali valide e conservate. Stato di urgenza non differibile: entrata in sala visita entro 30-60 minuti.

CODICE BIANCO: problematiche risolubili in altre strutture, indirizzabile in ambulatori per assenza di urgenza di prestazione: stato di non urgenza: entrata in sala visita dopo accesso degli altri codici.

LA RIVALUTAZIONE DEL TRIAGE: è importante ricordare ed evidenziare che l'infermiere non deve effettuare

una diagnosi ma stabilire una priorità di accesso alle cure attraverso un processo decisionale che tenga conto delle condizioni del paziente che accede in Pronto Soccorso, senza mai lasciarsi influenzare dai pregiudizi verso i pazienti basati sulla loro apparenza e/o atteggiamento. E' importante ricordare inoltre che le condizioni cliniche del paziente possono variare, ossia migliorare o peggiorare; pertanto la rivalutazione del triage è parte integrante di questo processo, la cui tempistica è in funzione del codice colore assegnato, processo che possiamo definire NON STATICO, bensì DINAMICO. La rivalutazione è un momento fondamentale perché dopo la decisione del triage la maggior parte dei pazienti viene indirizzata verso la sala d'attesa, dove i tempi debbono essere anche molto lunghi. Per evitare spiacevoli sorprese, i pazienti debbono essere rivalutati a intervalli predefiniti o in relazione al codice colore assegnato o alle condizioni di salute o alla patologia presente.

L'infermiere rivaluta il paziente sulla base della sua precedente e recente valutazione. Occorre valutare se si sono verificati cambiamenti per ogni sintomo significativo verso un miglioramento o peggioramento, tali da modificare il codice colore. La fase di rivalutazione richiede abilità e grande apertura mentale, in quanto gli eventuali cambiamenti nelle condizioni di salute del paziente possono essere molto subdoli o motivati solo dal bisogno soggettivo del paziente di richiamare l'attenzione o di accelerare i tempi di visita. Questo comunque non significa che si debba sottovalutare le richieste dell'utenza rispetto a una continua presenza dell'infermiere accanto a sé, anzi, può essere vero il contrario, cioè che il frenetico ritmo di lavoro cui l'infermiere è sottoposto possa portare a ignorare i bisogni dei pazienti che si hanno in attesa rispetto alle persone che in continuazione afferiscono al Pronto Soccorso. Si può in altri termini affermare che l'infermiere deve fare anche triage su se stesso, razionalizzando i propri tempi e la propria attenzione nei confronti di

tutti i pazienti che si trova ad assistere.

Codice rosso: nessuna rivalutazione, poiché l'accesso deve essere immediato.

Codice giallo: ogni 5-15 minuti.

Codice verde: ogni 30-60 minuti

Codice bianco: a richiesta oppure ogni 90-120 minuti.

L'INFERMIERE dunque, che esercita il ruolo di triage è veramente "IL REGISTA" dei flussi e delle modalità di lavoro al Pronto Soccorso; tale ruolo non viene ricoperto certo per un delirio di onnipotenza, né per desiderio di

protagonismo, ma perché è l'unico professionista dell'equipe che si trova ad avere tutte le informazioni e gli strumenti per governare i critici ed articolatissimi processi del Pronto Soccorso.

E' un ruolo difficile, strategico, complesso ed estremamente articolato, e per questo da sostenere e da riconoscere.

AUTORE

Anna Ricci

Coordinatore Area Infermieristica

Ospedale "Cristo Re" - Roma

bibliografia

Atti del III congresso Nazionale Federazione Italiana di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, Torino, 25-28 novembre 1996.

Atto di Intesa Ministero della Salute Conferenza Stato-Regioni, G.U. n.285, 7/12/2001

Baldi G., Braglia D., Regnani S., "Il triage (opinioni a confronto)" in Atti del 3° congresso Nazionale FIMUPUS, Torino, 25-28/11/1996: 297-301.

GFT (Gruppo Formazione Triage) *Triage Infermieristico*, McGraw-Hill, Milano, 2000.

Linee Guida sul Sistema di Emergenza Sanitaria, Atto di Intesa Stato-Regioni, G.U. 17/5/1996, punto 3 funzione di triage.

Marchisio D., Boni D., Morichetti A., Regnani S., "Triage Infermieristico in

P.S.: realtà e Prospettive", in Atti del 1° Congresso Regionale SIMEU, Campania, Caserta, 2203, 89-95.

Baldi G. "Il Pronto Soccorso come accesso all'Ospedale, tempi e percorsi", *NAM*, 10/1991.

Baldi G., Girelli L., "Triage e linee guida in Pronto Soccorso", in Ottone G., *Pronto Soccorso Servizi di emergenza - 118*, Centro Scientifico Editore, Torino, 1996.

Baldi G., Girelli L., "Triage e linee guida in Pronto Soccorso", in Ottone G., *Pronto Soccorso, Servizi di Emergenza 118*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1996.

Benci L., "Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing", McGraw-Hill, Milano 1996.

Costa M., "Il Triage", McGraw-Hill, Milano, 1997.

L'assistenza al paziente nel preoperatorio: norme di asepsi

di Fabrizio Di Gregorio

La corretta preparazione del paziente all'intervento chirurgico è una delle basi e pietra angolare per il successo finale del trattamento. Con l'aggiornamento trattato si vuole dimostrare quanto sia utile rivedere sistematicamente le proprie pratiche, confrontare le differenze, valutare quello che si fa rispetto alle indicazioni della letteratura. Certo è che la modifica di pratiche consolidate non dipende solo dall'infermiere; per modificare alcune prassi occorre l'accordo del chirurgo, dell'anestesista, del personale della sala operatoria. Conoscere però cosa sia effettivamente rilevante, cosa di documentata ef-

ficacia, cosa incerto o addirittura dannoso fornisce gli elementi per discutere, riflettere, proporre cambiamenti. Situazioni tipo come quella descritta nella tabella 1 sono frequenti; si tratta di preparazioni preoperatorie di routine (riportate tout-court dai protocolli scritti di reparto), per lo stesso tipo di intervento, di due reparti diversi all'interno dello stesso ospedale. Qualche volta le differenze possono essere giustificate dalla diversa casistica, spesso sono legate alle preferenze personali del chirurgo, o dalle abitudini del reparto; molto spesso non sono giustificabili né si basano su un razionale scientifico.

Tabella 1- PREPARAZIONE CUI VIENE SOTTOPOSTO UN PAZIENTE OPERATO DI COLECISTECTOMIA RADICALE, IN DUE REPARTI DELLO STESSO OSPEDALE

COLECISTECTOMIA TOTALE	REPARTO 1	REPARTO 2
Tre giorni prima	Dieta idrica Dieta priva di scorie	
Due giorni prima	Dieta idrica + 4 buste di PEG (isocolan)	Dieta priva di scorie
Giorno prima	Dieta idrica Tricotomia ampia Clistere nel pomeriggio Doccia con iodio povidione Digiuno dalla mezzanotte EV 2000 ml di soluz. elettrolitica	Dieta liquida priva di scorie Tricotomia xifopubica Preparazione intestinale Doccia con iodio povidione Digiuno dalla mezzanotte Prenotazione della nutrizione parenterale totale Calze anti embolo
Giorno dell'intervento	Digiuno totale Clisma ore 6.00 Doccia con iodio povidione Antibiotico profilassi	

La tabella di cui sopra dimostra l'importanza di protocolli relativi alle attività di base, che consentono di snellire le procedure facendole diventare automatiche; i protocolli delle UO si devono adattare alle caratteristiche dell'ospedale e alla tipologia della branca chirurgica.

LA TRICOTOMIA PRIMA DELL'INTERVENTO

È ormai documentato che la rasatura dei peli nella zona di incisione, eseguita essenzialmente per migliorare la visione del campo operatorio da parte del chirurgo, aumenta il rischio di infezione del sito chirurgico, indipendentemente dal metodo eseguito, ne viene sconsigliato quindi l'attuazione.

Come va eseguita. La tricotomia preoperatoria con rasoio, è associata ad un rischio di infezioni del sito chirurgico superiore rispetto l'uso di creme depilatorie o alla mancata rimozione dei peli.

Sebbene l'uso di creme depilatorie sia associato ad un minore rischio di infezione, tali prodotti sono talvolta causa di reazioni da ipersensibilità.

L'aumentato rischio di infezione associato all'uso del rasoio manuale è stato associato a microlesioni cutanee in grado di fungere da nicchie ecologiche alla replicazione batterica; degli studi hanno dimostrato che questa pratica aumenta del 5% la percentuale di infezione del SSI.

Anche l'uso di rasoio elettrico o clipper riduce la possibilità di infezione in quanto evita la possibilità di microtraumi o lesioni e tagli a livello della cute; il pelo

infatti viene tagliato vicino alla cute senza venire a contatto con la stessa.

In uno studio, l'introduzione del clipper per la tricotomia in un reparto di cardiocirurgia ha ridotto le infezioni profonde del SSI dell'1%.

Quando va eseguita. La rasatura immediatamente precedente l'intervento è associata ad un minor tasso di infezioni del SSI quando confrontata con quella eseguita nelle precedenti 24 ore (3% vs. 7%); se eseguita oltre le 24 ore dall'intervento, il tasso di infezione può superare il 20%.

Le stesse raccomandazioni valgono anche per il taglio del pelo con clipper.

Quali costi. Il clipper ha apparentemente un costo più elevato rispetto ad altri metodi. In realtà a medio/lungo termine, la riduzione delle infezioni dal SSI produce comunque una diminuzione dei costi causati dall'infezione e alla ri-ospedalizzazione.

Linee guida e modalità di classificazione. Nonostante le ripetute raccomandazioni, la tricotomia continua a far parte dei trattamenti standard a cui vengono sottoposti i pazienti. Lo stesso CDC e altre associazioni scientifiche a livello internazionale, pur suggerendone la sospensione, continuano a dare raccomandazioni su come eseguirla. Evidentemente è indicata per i pazienti villosi, o dove esiste una peluria abbondante, non è necessaria su una peluria superficiale.

Nella tabella sotto indicata vengono presentate le raccomandazioni del CDC di Atlanta e le modalità di classificazione.

CLASSIFICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI

Categoria I A	Fortemente raccomandata perché supportata da studi sperimentali clinici o epidemiologici ben disegnati
Categoria I B	Fortemente raccomandata da alcuni studi e sottesa ad un forte rationale teorico
Categoria II	Suggestita perché supportata da studi clinici ed epidemiologici suggestivi e sottesa ad un rationale teorico
Nessuna raccomandazione; questione irrisolta	Pratiche per le quali non vi sono evidenze sufficienti o per le quali non c'è consenso unanime circa la loro efficacia

Preparazione del paziente

Categoria I A. Non depilare il paziente a meno che i peli del sito in prossimità dell'incisione non interferiscano con la procedura chirurgica.

Categoria I A. Nel caso in cui si decida di procedere alla depilazione, questa deve essere effettuata immediatamente prima dell'operazione mediante rasoi elettrici.

Categoria I B. far eseguire al paziente una doccia con soluzione antisettica almeno la notte antecedente il giorno dell'intervento.

Categoria I B. lavare scrupolosamente e pulire la cute attorno al sito chirurgico per rimuovere le macrocontaminazioni, prima di applicare le preparazioni antisettiche cutanee.

Categoria II. Applicare la preparazione antisettica sulla cute con movimenti circolari; l'area così preparata deve essere sufficientemente ampia da permettere l'eventuale estensione dell'incisione o, se necessario, nuove incisioni posizionali di drenaggi.

LA DOCCIA PREOPERATORIA

La cute del paziente è una fonte importante di infezione endogene, in particolare per gli interventi chirurgici puliti. Degli studi americani hanno dimostrato che una doccia o un bagno antisettico riducono la carica microbica della cute.

Nello studio di Cruise e Ford è stato dimostrato che una doccia con esacloforene riduceva le infezioni delle ferite chirurgiche pulite dal 2,3 al 1,3%.

In uno studio riguardante oltre 700 pazienti sottoposti nel periodo preoperatorio a due docce antisettiche, la clorexidina riduceva la conta di colonie batteriche di 9 volte, mentre saponi a base di iodio o triclorocarbanio riducevano la conta di 1,3 e 1,9 rispettivamente.

Altri studi sostengono questi risultati (Paulson, Infective control 1993) ma altri danno risultati contrastanti (Ayliffe GAJ, hosp infect 1987).

Una sperimentazione multicentrica europea, che ha confrontato il lavaggio con due docce con sapone normale rispetto alla clorexidina, non ha dimostrato nessuna differenza per le infezioni delle ferite pulite (Rotter e Larsen, the European Control of Ho-

spital Infection, 1988).

I prodotti contenenti clorexidina gluconato richiedono più applicazioni per ottenere il massimo effetto antimicrobico, per cui sono generalmente indicate ripetute docce antisettiche.

Sebbene le docce preoperatorie riducano l'entità della colonizzazione cutanea, non è ancora dimostrato il loro ruolo nella riduzione dell'incidenza di infezioni chirurgiche, pertanto fare una doccia con antisettico non influisce necessariamente sulla riduzione del tasso di infezioni del SSI e si deve valutare se continuare a raccomandare docce con clorexidina di routine, antisettico che si è dimostrato più efficace, o selezionare in quali casi farvi ricorso.

IMPACCHI PREOPERATORI CON DISINFETTANTE

Cruse e Ford negli Stati Uniti, hanno dimostrato con uno studio, una riduzione delle infezioni dal 2% al 1,5% con un lavaggio con iodio povidone e l'applicazione sulla cute di clorexidina in alcool per tre minuti prima dell'intervento; questi risultati sono confermati da studi batteriologici.

Il lavaggio con iodio povidone prima dell'applicazione del disinfettante non sembra essere necessario.

CONCLUSIONI

La corretta preparazione del paziente all'intervento chirurgico è una delle basi e pilastro per il successo finale del trattamento.

Diventa quindi necessario al fine di ridurre le infezioni del sito chirurgico (SSI) mettere in atto le principali norme di asepsi preoperatoria; oltre alle procedure precedentemente descritte, si possono adottare le seguenti misure e valutare i fattori concomitanti che possano favorire l'insorgenza di infezioni del SSI:

- Ridurre al massimo la durata della degenza preoperatoria, essendo questa correlata alla colonizzazione della cute e delle mucose da parte dei ceppi nosocomiali resistenti agli antibiotici.
- La valutazione del paziente dal punto

di vista generale con particolare attenzione alle infezioni batteriche presenti e alle malattie concomitanti (es. diabete)

- La gestione del personale infetto o colonizzato
- Adesione alle campagne vaccinali da parte del personale sanitario
- Adottare dei protocolli relativi alle attività di base per il controllo delle infezioni (lavaggio delle mani, tricotomia, doccia antisettica, medicazione ferita chirurgica)
- Il confort alberghiero delle stanze di degenza, ovvero stanze con 1-2 letti

dotate di doccia ed adeguato micro-clima

- Compilare in modo corretto le liste operatorie collocando gli interventi sporchi alla fine della seduta
- Utile per il personale sanitario frequentare dei corsi sulle infezioni del sito chirurgico

AUTORE

Fabrizio Di Gregorio
Coordinatore Servizio Infermieristico
Ospedale "Cristo Re" - Roma

bibliografia

CDC CENTRE FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO, GIORNALE ITALIANO INFEZIONI OSPEDALIERE 1999
CRUSE E FOORD, THE EPIDEMIOLOGY OF WOUND INFECTION, SURG CLIN NORTH, USA Am 1980
LAW DJ, JEFFREY PJ, INFECTIONS THE INCIDENCE OF POSTOPERATIVE, USA, 1990
HAMILTON HW, PREOPERATIVE HAIR REMOVAL, USA 1977
SELLICK, STELMACH, MYLOTTE, INF CONTROL HOSP, USA, 1991
DE GEET, KESTELOOK, ADRIANSEN, LENAERTS, PREPARATIONS PROTOCOLS IN CABG, PROGR. CARDIOVASC NURS, USA, 1996
GOBBI P., NURSING OGGI, ITALIA 1996
GIORNALE ITALIANO PER LE INFEZIONI OSPEDALIERE, ITALIA 1999
GARIBALDI R.A., PREVENTION

CONTAMINATION WITH CLOREXIDINE SHOWER AND SCRUB, HOSP INFECT, USA, 1988
AYLIFFE GAJ, POSTOPERATIVE WOUND INFECTION J WOUND CARE, USA, 1996
AGENZIA SANITARIA REGIONALE EMILIA ROMAGNA, AUDIT SORVEGLIANZA INFEZIONI POST-OPERATORIE, DOSSIER N° 116, ITALIA, 2005
ASSISTENZA INFERMIERISTICA E RICERCA, ITALIA, 2000
GRUPPO DI STUDIO PHASE, LAURI, ITALIA 1988
INFECTIV CONTROL HOSPITAL, USA, 2000
AICO, ITALIA, 2003
EBP, BEST PRACTICE, USA, 2003
INSTITUTE OF MEDICINE, USA, 1998
TECNOLOGIA SANITARIA, OSLO, 2002
PERIOPERATIVE NURSING DATA SET, DENVER, 2002
THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, ADELAIDE, 2003

Le competenze del Coordinatore Infermieristico

di Massimo Menchella

Il Sistema Sanitario Nazionale, nato con la legge n. 833 del 1978, ha attraversato negli ultimi venticinque anni una straordinaria turbolenza.

Dal 1978 ad oggi, le organizzazioni sanitarie da un punto di vista normativo, sono state coinvolte da un gran cambiamento.

Il decreto legge n. 502 del 1992, riguardante il riordino della disciplina sanitaria e, il decreto legge n. 517 del 1993, hanno tracciato l'assetto macrostrutturale delle aziende sanitarie pubbliche.

Le aziende sanitarie pubbliche sono state obbligate al cambiamento, un cambiamento che ha modificato le modalità organizzative e gestionali delle stesse ma, ha imposto anche una serie di vincoli, come l'obbligo di un equilibrio economico-finanziario e al tempo stesso la ricerca dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni.

Da un punto di vista organizzativo, le organizzazioni sanitarie possono essere viste come "macchine" oppure come "organismi". Prima del riassetto macrostrutturale avvenuto nel 1992 le organizzazioni sanitarie s'ispiravano al "Taylorismo", una teoria organizzativa che s'identificava con il filone classico della teoria organizzativa anglosassone.

Il Taylorismo ritiene che le persone siano semplici componenti della macchina organizzativa, quindi, un costo e non un patrimonio da riconoscere, valorizzare e capitalizzare.

Intorno agli anni '80 l'enfasi posta sulla persona, il cambiamento dell'organizzazione dell'assistenza, focalizzata sul pa-

ziente, l'instaurarsi del concetto di qualità della vita, nato nel 1970 nel campo delle scienze sociali, che evidenzia una rinnovata attenzione all'autorealizzazione individuale, ha comportato il passaggio, da un punto di vista organizzativo, delle organizzazioni sanitarie da un modello meccanicistico ad uno organicistico.

LA NASCITA DELLA FILOSOFIA DELLA GESTIONE UMANA.

Il modello organicistico considera l'organizzazione come un sistema aperto all'ambiente dal quale dipende la soddisfazione dei bisogni.

In questo modello sono specificate le responsabilità in relazione ad obiettivi definiti, si pone l'attenzione ai risultati, alla comunicazione e all'informazione per prendere delle decisioni, si adottano delle strategie di gestione del personale e, si cerca di motivare il personale mediante sistemi premianti.

Le ristrettezze economiche degli anni ottanta hanno posto l'attenzione sui vincoli d'equilibrio economico-finanziario delle aziende sanitarie, portando ad una riduzione del personale e ad un maggiore investimento su quello presente, dando maggiore autonomia e potere d'attività e sviluppando nuove skills, vale a dire valori ed atteggiamenti consapevoli del fatto che le organizzazioni possono cambiare solo creando una strategia di gestione del personale.

È in questo contesto che, intorno agli

anni '80, nasce, la filosofia della "Gestione risorse Umane".

LE ORGANIZZAZIONI SANITARIE ATTUALI.

Le attuali organizzazioni sanitarie hanno aderito all'evoluzione organizzativa e di conseguenza ciò ha portato al "rinnovamento" di alcune figure professionali inserite nel contesto, tra queste, quella del caposala.

La figura del caposala è stata sostituita da quella del Coordinatore Infermieristico.

Secondo le nuove normative, il Coordinatore Infermieristico, è colui che ha conseguito il master di Management Infermieristico per le funzioni di coordinamento, ed ha acquisito competenze specifiche nell'area organizzativa e gestionale di primo livello, allo scopo di attuare politiche di programmazione sanitaria, in altre parole interventi volti al miglioramento continuo della qualità, in riferimento alle risorse strutturali, tecnologiche ed umane, nell'ambito del servizio coordinato per garantire gli obiettivi del sistema organizzativo sanitario.

L'istituzione di un Master per la formazione dell'infermiere coordinatore è fondamentale perché il coordinatore infermieristico rappresenta il punto d'incontro tra gli obiettivi generali dell'azienda e quelli più specifici di ciascun operatore.

Senza la sua presenza a livello operativo nessuno sforzo verso l'efficacia e l'efficienza sarà possibile.

L'EVOLUZIONE NORMATIVA DELLA FIGURA DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO.

L'infermiere coordinatore è una figura fondamentale.

Il suo ruolo coniuga la matrice tecnico specialistica con quella gestionale. I compiti del coordinatore infermieristico sono delineati dal D.P.R. n. 128 del 1969 "Ordinamento interno servizi ospedalieri".

Alcune di queste mansioni sono, oggi, obsolete, altre invece sono ancora attuali.

Successivamente, nel 1974, è stato emanato il D.P.R. n. 225 "Mansionario dell'infermiere professionale", che attribuisce all'infermiere compiti sia organizzativi sia amministrativi.

Il mansionario, mette in discussione il bisogno di una figura specifica come il coordinatore perché attribuisce all'infermiere, una serie di compiti organizzativi ed amministrativi.

Nel 1984 è emanato un nuovo D.P.R. che così detta: "Il coordinatore coordina l'attività del personale infermieristico e ausiliario, predispone piani di lavoro nell'ambito delle direttive date dal responsabile dell'unità operativa".

Con il D.P.R. n. 502 cessano d'avere efficacia le disposizioni previste dal D.P.R. n. 128 del 1969 e, con il D.lgs n. 626 del 1994 il coordinatore infermieristico assume le nuove funzioni di preposto, con competenze relative alla rilevazione e controllo dei rischi professionali dei lavoratori, alle effettuazioni d'interventi informativi e alla predisposizione di dispositivi di protezione individuale.

L'ultimo passo legislativo verso la figura del coordinatore infermieristico è stato sancito con l'approvazione il 24/01/2006, del disegno di legge se senatore Tomasini che prevede istituzionalmente la funzione di coordinamento.

LE COMPETENZE DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO.

Il coordinatore infermieristico è un manager, la sua attività si sviluppa coniugando le conoscenze tecnico-specialistiche con quella gestionali.

Le attività che svolge possono essere raggruppate in cinque grandi macroprocessi:

- gestione patrimonio umano;
- gestione risorse materiali, tecnologiche e strutturali;
- gestione flussi informativi interni ed esterni;
- gestione della formazione tecnico-pratica;
- gestione miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e ricerca infer-

mieristica.

Per attuare questi macroprocessi il coordinatore infermieristico deve essere professionalmente competente.

Ma cosa si intende per competenza professionale?

Da un punto di vista didattico tre sono gli elementi che costituiscono la competenza:

- conoscenza;
- capacità;
- caratteristiche individuali.

CONOSCENZE.

Il coordinatore infermieristico deve sapere cosa si intende per management. Il management è un'attività finalizzata a gestire un'azienda e consiste nel prendere decisioni avvalendosi di risorse e di strumenti, al fine di raggiungere le finalità che le sono proprie.

Attuare un processo di management prevede la conoscenza degli strumenti necessari per rendere più razionali sia gli interventi destinati alla gestione ordinaria sia quelli volti al miglioramento delle condizioni lavorative.

Un buon coordinatore infermieristico deve sapere cos'è un'organizzazione e, conoscere l'assetto organizzativo della struttura che coordina.

L'assetto organizzativo è dato da tre variabili:

- struttura organizzativa;
- meccanismi operativi;
- stili di direzione.

Struttura Organizzativa.

Per struttura organizzativa s'intende l'ossatura centrale dell'organizzazione, la sua struttura portante, che è costituita da:

- le varie unità operative e le relazioni che le collegano;
- la gerarchia;
- la divisione delle mansioni.

Le varie unità operative e la loro funzione all'interno della struttura organizzativa possono essere rappresentate graficamente attraverso il funzionogramma e l'organigramma; questi strumenti grafici permettono di visualizzare la distribuzione delle responsabilità ai vari livelli.

Per quanto riguarda le relazioni all'interno della struttura possono essere di due tipi:

- relazioni gerarchiche (responsabilità di un operatore verso un altro);
- relazioni funzionali (due operatori collaborano per raggiungere un obiettivo).

Meccanismi Operativi.

I meccanismi operativi individuano i processi che rendono funzionante e dinamico un sistema organizzativo.

Sono meccanismi operativi:

- i meccanismi di informazione e comunicazione;
- i meccanismi di guida e controllo;
- i meccanismi operativi di gestione del personale.

I meccanismi operativi di una organizzazione limitano la discrezionalità dei membri poiché regolano i rapporti fra gli individui.

Potere Organizzativo

Il potere organizzativo riguarda lo stile di direzione (autocratico, democratico, permissivo) e, le modalità con cui sono influenzati i comportamenti dei membri dell'organizzazione.

LA CONOSCENZA DEGLI STRUMENTI DI GESTIONE E DI DECISIONE.

Visto il ruolo svolto, il coordinatore deve avere una padronanza di strumenti fondamentali per la gestione.

Gestire una Unità Operativa richiede conoscenze delle metodologie organizzative.

In questo momento, tra le tante metodologie, la più accreditata è quella del processo, ma per comprenderla è fondamentale avere ben chiaro il concetto di processo.

Il processo è una successione di attività tra loro collegate che coinvolgono diverse competenze generando un risultato o un servizio che ha valore per chi lo riceve.

I processi possono essere classificati in:

- processi primari;
- processi secondari o di supporto.

Un'ulteriore classificazione può essere

la seguente:

- processi con attività con valore aggiunto esterno: (i beneficiari sono esterni all'azienda);
- processi con attività con valore aggiunto interno: (sono fondamentali per la produzione dei primi);
- processi con attività senza valore aggiunto.

La metodologia organizzativa per processi, ha la funzione di eliminare questo tipo di attività senza valore aggiunto, ma per far ciò un processo deve essere dapprima "mappato".

La mappatura di un processo permette di conoscere la situazione attuale, di identificare il processo, di renderlo visibile, per poterne individuare i punti di criticità, e quindi rende possibile la descrizione, in sequenza dettagliata, del flusso del processo.

La mappatura può avvenire attraverso:

- diagramma di flusso;
- diagramma di flusso interfunzionale;
- la matrice prodotto processo;
- la matrice delle responsabilità.

Una volta individuate le criticità, la fase successiva si esplica mediante due metodiche:

- la riprogettazione del processo;
- miglioramento del processo.

La riprogettazione del processo è un approccio radicale ai processi chiave, con esso si vanno a riconsiderare tutti gli elementi che lo costituiscono, un gruppo multidisciplinare, costituito dagli attori coinvolti e da consulenti esperti, hanno il mandato di analizzare e ridisegnare ex-novo il processo.

Gli strumenti prima elencati come il diagramma di flusso e le matrici sono utilizzati nella riprogettazione unitamente ad altre tecniche per la produzione di idee ossia:

- Brain-storming;
- Benchmarking.

La teoria del miglioramento parte dal presupposto invece che i processi si possono migliorare secondo la filosofia della qualità totale.

La filosofia della qualità totale fa riferimento ad uno dei suoi principali assunti "tutto ciò che si fa può essere svolto in modo migliore".

La metodologia del miglioramento prevede:

- la costituzione del team di miglioramento;
- l'identificazione del processo da migliorare;
- la definizione della criticità del processo;
- la conoscenza delle cause che generano il problema;
- la definizione dell'obiettivo;
- la verifica.

Fondamentale alla fase di riprogettazione e di miglioramento del processo sono le metodiche di Decision Making.

LE CAPACITÀ.

Le capacità del coordinatore infermieristico possono essere descritte in termini di comportamento e classificate didatticamente secondo una logica di processo che prevede tre fasi:

FASE 1 – Prima di "fare" – prevede di analizzare ed osservare il contesto, in riferimento al modello organizzativo adottato, ai meccanismi operativi presenti, alla tipologia delle segnalazioni dei degenti, ossia analizzare gli eventi "sentinella" con lo scopo di individuare il problema attraverso elementi tangibili, per capire le cause e definire le priorità di intervento;

FASE 2 – "durante" – in questa fase si pianificano le attività mediando in alcuni casi tra le necessità organizzative, quelle dei collaboratori e quelle dei cittadini;

FASE 3 – "dopo" – in questa fase si rende necessario:

controllare la qualità e funzionalità delle risorse tangibili dell'unità operativa;
valutare le attività svolte dai collaboratori;

verificare le competenze funzionali dei collaboratori, osservando le loro performance lavorative creando e/o individuando strumenti di valutazione;

valutare le tappe dei progetti da innovare o risolvere problemi o migliorare la situazione tenendo conto delle segnalazioni dei diretti interessati.

Nelle tre fasi non hanno una posizione prestabilita la **comunicazione** e le **relazioni con le persone**.

Comunicazione.

La comunicazione è riferita a quelle ca-

pacità nella gestione del sistema informativo dell'unità operativa, che permette di assicurare la comunicazione interna ed esterna, rientra nella comunicazione anche l'organizzazione delle riunioni, prevedendo la convocazione e la pianificazione dell'ordine del giorno, fornendo preventivamente la documentazione necessaria, presidiando i tempi di svolgimento e gli strumenti usati.

Relazione con le persone.

Rientrano nelle relazioni con le persone quelle capacità che influiscono direttamente ed indirettamente sull'interazione e relazione interpersonale con i collaboratori.

Il sostenere i collaboratori nelle fasi del cambiamento, cercare di comprendere le motivazioni delle resistenze, motivare i collaboratori adottando un modello organizzativo che assicuri l'espressione della loro professionalità, attuare un processo di empowerment che significa processo di "impoteramento", cioè aumento del potere personale.

Le caratteristiche individuali.

Le caratteristiche individuali non sono riconducibili alle conoscenze ed alle capacità ma, sono riferite ad aspetti più personali come la consapevolezza della persona di sé, l'intelligenza e l'esperienza effettuata nella vita lavorativa.

CONCLUSIONI

Fino a pochi anni fa il coordinatore infermieristico era una figura poco valutata a conferma di ciò il nome "caposala" che non indicava la complessità del suo ruolo.

Oggi il coordinatore infermieristico rappresenta per le aziende sanitarie una parte della "punta di diamante" del proprio capitale umano; si parla di capitale umano e non di risorse umane perché la terminologia risorse umane evoca la capacità di amministrare, paragonando queste a tutte le altre risorse presenti nell'azienda "strumentali, materiali".

Il capitale umano può essere definito come: "la mente dell'impresa".

Da tale definizione si può comprendere

l'importanza che rivestono i collaboratori, valore che secondo quanto detta la filosofia della qualità del lavoro emerge quando gli operatori si sentono rispettati, ascoltati e valorizzati dai loro superiori.

Di tutto ciò gli infermieri coordinatori ne sono consapevoli e sono coscienti che l'investimento in tempo, nel creare qualità nei rapporti è ripagato dalla nascita di quel clima organizzativo che spinge la persona a lavorare bene, con entusiasmo e con la sensazione di sentirsi apprezzati e considerati.

Ancora il coordinatore infermieristico deve sapere che valorizzare i propri collaboratori è fondamentale soprattutto oggi con l'instaurarsi della nuova filosofia gestionale ispirata alla trasparenza e alla responsabilità dei ruoli; tutto ciò per l'affermazione di un binomio: "autonomia e imputabilità".

L'imputabilità deve risiedere nella valutazione dei risultati fondamentali per il raggiungimento della mission aziendale.

AUTORE

*Massimo Menchella
Infermiere Presidio Ospedale S. Rocco
Sessa Aurunca (Caserta)*

Valutazione dell'insorgenza delle lesioni da decubito regione calcagno rispetto al rifacimento letto

di Massimo Giordani e Francesco Celletti

INTRODUZIONE

Nello svolgimento del tirocinio pratico effettuato nei tre anni universitari, abbiamo rilevato una maggiore incidenza di lesioni da decubito nella regione calcagno in concomitanza della modalità di rifacimento del letto. Inizialmente abbiamo osservato una maggior presenza di piaghe da decubito soprattutto nei pazienti allettati che avevano le coperte rimboccate. A tale fenomeno inizialmente non abbiamo dato eccessiva rilevanza, tuttavia l'elevata incidenza di coperte rimboccate e relativo decubito ci ha indotto a sospettare che il rifacimento letto nella modalità rimboccata fosse una concausa per l'insorgenza delle lesioni da decubito sul calcagno. L'obiettivo di ricerca che ci siamo posti per affrontare questo studio, lo abbiamo espresso in termini ipotetici: *"// rifacimento del letto fatto con il rimboccamento delle coperte/lenzuola, favorisce l'insorgenza delle piaghe da decubito al calcagno"*.

La nostra ricerca ha quindi oggetto di studio 3 variabili: 2 variabili indipendenti e 1 dipendente; le indipendenti sono il rifacimento letto rimboccato e non rimboccato, mentre la variabile dipendente è la presenza della lesione da decubito sul calcagno. Prima di trattare i risultati della ricerca, è giusto introdurre il concetto di lesione da decubito.

LA PIAGA DA DECUBITO

La lesione da decubito, termine che viene dal latino "decumbere", cioè stare sdraiati, è una soluzione di continuo della cute (epidermide) e dei tessuti sottostanti (derma e ipoderma), che tende ad estendersi in ampiezza e profondità fino a raggiungere negli stadi più gravi i muscoli e le ossa. Dell'insorgenza delle lesioni da decubito sono responsabili molto fattori interni ed esterni. Generalmente si tratta sempre dell'azione combinata di:

pressione locale prolungata nel tempo, che porta a compressione di piccole arteriose e venule della pelle compromettendo la perfusione ed il metabolismo cellulare locale, con ridotta irrorazione (ischemia) fino alla morte delle cellule (necrosi).

fattori di rischio e/o predisposizione (gruppi a rischio), tra cui, la mobilità ridotta o assente, gli stati di incoscienza, le paralisi, le cattive condizioni generali, i disturbi di perfusione ematica, le disfunzioni del metabolismo, le malattie febbrili, l'incontinenza e il sovrappeso.

Le lesioni da decubito sono classificate in 4 gradi a secondo della profondità della lesione:

1° grado: Arrossamento circoscritto, senza nessun danno alla pelle.

2° grado: Lesione epidermica superficiale, con eventuale formazione di vescicole.

3° grado: Necrosi, effetto di profondità, muscoli, tendini e legamenti.

4° grado: Formazione di piaghe a causa della profondità della necrosi. Il tessuto osseo è compromesso.

LE ZONE PIÙ ESPOSTE AL RISCHIO

Ogni zona del corpo (a secondo della pressione alla quale è sottoposta) è soggetta all'insorgere delle ulcere da decubito, ma dato che la maggior parte delle persone anziane dorme supine, ed i pazienti generalmente vengono posizionati supini, una grande percentuale di lesioni si manifesta nella zona dell'osso sacro, su cui grava il maggior peso, ed i talloni. Ora spiegherò in particolare le zone più esposte a rischio piaghe da decubito a secondo il decubito del paziente.

Nel decubito supino: nuca, scapole, apofisi vertebrali, gomiti, sacro, coccige, talloni.

Nel decubito laterale: bordo dei padiglioni auricolari, trocantere, facce interna e/o esterna delle ginocchia, testa del perone, malleoli esterni e/o interni, bordo esterno dei piedi.

Nel decubito ventrale: guance, orecchie, seno nella donna, creste iliache, genitali nell'uomo, ginocchio, punta dell'alluce.

Nel decubito ortopnoico: sacro, coccige, zona ischiatica.

In casi particolari sono interessati lo scroto e il pene per presenza di cateteri a permanenza o le pinne nasali a causa del mantenimento in situ di sondini.

PROFILASSI DELLE ULCERE DA DECUBITO

Si basa essenzialmente sulla prevenzione delle lesioni e sulla cura nei casi riscontrati.

La prevenzione si basa su vari passi tra cui:

- effettuare un'accurata e scrupolosa igiene dei punti di appoggio maggiormente sottoposti a compressione, controllando la pelle per cercare eventuali segni che indicano l'inizio di un danneggiamento
- cambiare la posizione del malato almeno ogni due ore
- sostituire con frequenza la biancheria da letto, meglio se già usata in quanto più morbida di quella nuova e ben asciutta.
- mantenere ben tesa la biancheria onde evitare il formarsi le piaghe
- frizionare più volte la pelle nella giornata con pomate protettive e nutrienti per favorire la nutrizione tissutale
- massaggiare a lungo e con frequenza, interessando anche i tessuti profondi,

un'area ben più ampia di quella di mera compressione così da mobilitare e vascolarizzare i piani sottocutanei

- utilizzare materassini speciali che producono un massaggio continuo e variano i punti di appoggio
- impiegare tutti i presidi sanitari, tra cui il vello di pecora, meglio se sintetico, placche protettive, pellicole adesive, ecc, atti a mantenere asciutta e ben aerata la zona
- alimentazione adatta per evitare carenze alimentari che è una causa concomitante dell'insorgere delle piaghe da decubito

La programmazione del trattamento delle piaghe da decubito (in collaborazione con un medico per la terapia) è anche la base per stabilire il piano di assistenza, e si pone di cinque obiettivi tendenti a ricercare le cause principali della ritardata guarigione del decubito:

- il ripristino della perfusione ematica nel tessuto ulcerato
- la rimozione della necrosi per mezzo di asportazione chirurgica o enzimatica
- il trattamento locale dell'infezione con disinfettanti
- la scelta di garze medicate che creino le condizioni fisiologiche necessarie per la granulazione. Questi prodotti non hanno effetti collaterali e permettono la formazione di un ambiente adatto per la rigenerazione dei tessuti
- il miglioramento delle condizioni generali del paziente, che contribuisce alla mobilitazione e fa diminuire l'elevata percentuale di rischio nell'insorgenza del decubito

Le complicanze principali delle lesioni da decubito sono, le infezioni, le emorragie da eliminazione dell'escara, gli stati tossici causati dall'assorbimento da parte dell'organismo e delle sostanze tossiche prodotte dalla lesione e infine l'osteomielite.

Il processo di guarigione delle lesioni inizia con la cicatrizzazione e quando la lesione diventa rossa e sanguinante la cicatrizzazione può considerarsi ormai sicura:

- se la lesione è superficiale e interessa solo la cute, guarisce senza lasciare esiti
- se c'è stata l'eliminazione di un'escara la cicatrizzazione può avvenire tardivamente in due modi:
 - 1) cicatrici dure e sporgenti (cheloidi)
 - 2) cicatrici infossate (rientranti) particolarmente fragili e prive di sensibilità

- gli esiti cicatriziali possono determinare situazioni invalidanti

MATERIALI E METODI

Il nostro studio di ricerca è stato condotto presso un Ospedale di Roma, previa autorizzazione del Direttore Sanitario, ed aveva come oggetto di studio la presenza o meno delle lesioni da decubito al calcagno in relazione a due modalità di rifacimento letto: rimboccato e non rimboccato, da studiare in tutti i pazienti non autosufficienti. I soggetti inclusi nello studio, ovvero il campionamento, è del tipo di convenienza, ed è stato effettuato recandoci in tutti i reparti di degenza, ottenendo informazioni sui pazienti tramite la lettura delle cartelle cliniche, l'osservazione scientifica e la disponibilità di un infermiere del reparto per una piccola intervista, annotando così i risultati ottenuti su una griglia anonima: *"Valutazione dell'insorgenza delle lesioni da decubito"*, suddivisa in 2 parti: dati socio-demografici e dati riguardanti la degenza ospedaliera. Tale strumento di raccolta dati è composto da 14 items a risposta chiusa, aperta e a scelta multipla. Le griglie raccolte sono state rilevate in due tempi, nell'arco di 1 mese, con osservazioni distanziate di 20 gg. tra una raccolta dati e l'altra, al termine del quale abbiamo ottenuto un campione di 74 unità di pazienti allettati nei vari reparti ospedalieri.

In un primo momento è stata condotta un'elaborazione statistica univariata, consistente in un'analisi descrittiva delle risposte ottenute per singolo item. Successivamente, come seconda fase, è stata condotta un'analisi statistica bivariata, al fine di valutare la dipendenza tra le variabili prese in considerazione. E' stato perciò calcolato il test Chi-quadrato di Pearson. I risultati più importanti, sia dal punto di vista della significatività statistica che dell'interesse dell'argomento affrontato, sono stati rappresentati graficamente tramite istogrammi.

ANALISI DEI RISULTATI

Il campione esaminato complessivo è di 74 unità, costituito per il 44.6% da maschi e

per il 55.4% da femmine.

Il 2.7% ha un'età compresa tra i 23 e i 41 anni, il 12.2% ha invece un'età tra i 42 e i 60 anni. La maggior parte dei pazienti (il 45.9%) ha un'età compresa tra i 61 e i 79 anni, seguiti dal 39.2% di pazienti con età tra i 80 e i 99 anni.

In riferimento al reparto di degenza bisogna segnalare che nel reparto di Rianimazione, sono stati rilevati il 12.2% delle 74 unità di pazienti allettati, mentre nei reparti di Ortopedia/Chirurgia e Neurochirurgia il 40.5%. Nei reparti di Cardiologia sia intensiva che sub-intensiva (UTIC/USIC); ne sono stati invece riscontrati il 28.4%, infine il restante 18.9% sono stati osservati nei reparti di Medicina Generale e d'urgenza.

La dipendenza del paziente dei soggetti studiati, era prevalentemente tramite l'aiuto di un infermiere, questo nel 44.6% dei casi, mentre i pazienti con un aiuto parziale erano del 18.9%. Gli allettati totalmente, erano invece il restante 36.5%.

Gli individui presenti nei vari reparti sono stati raggruppati in 5 gruppi di diagnosi di ammissione:

- ortopedica, 32.4%
- cardiaca, 27%
- cerebrale, 16.2%
- internistica, 14.9%
- respiratoria, 9.5%

Le patologie correlate come possibile causa di lesione da decubito sono state invece raggruppate in 4 diagnosi principali: ipertensione (17.6%); diabete (14.9%); ipotensione/anemia/obesità (5.4%); IRA/IRC (4.1%).

Per quanto riguarda la nutrizione dei degenti, è da segnalare la prevalenza di un'alimentazione normale nel 74.3%, seguita da un'alimentazione parenterale con il 14.9% ed una enterale nel 10.8% dei casi.

Grazie alla disponibilità di un infermiere nel reparto, si è potuto rilevare anche la gravità e la mobilitazione del paziente. Per quanto riguarda la gravità nel 39.2% risulta alta, seguita dal 32.4% media e dal 28.4% bassa; mentre per quanto riguarda la mobilitazione, con il 75.6% per una mobilità fino le 6 ore; con il 23% dalle 7 alle 12 ore; solo nell'1.4% oltre le 12 ore.

Nei pazienti allettati, per prevenire le lesioni da decubito, non vengono utiliz-

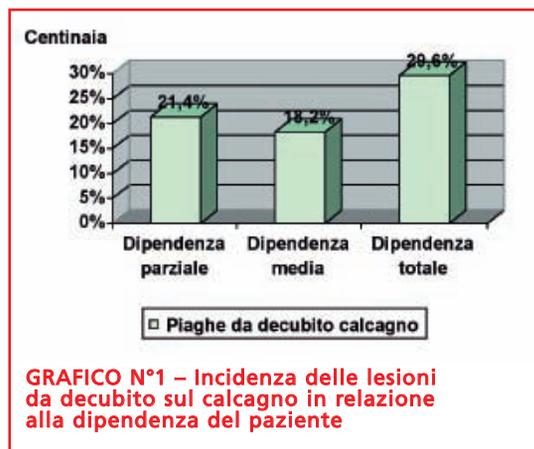
zati nel 77% dei casi gli ausili antidecubito. Abbiamo riscontrato solo il 12,1% di utilizzo dei materassini, nel 9,5% il quanto ad acqua e infine nell'1,4% dei casi gli archetti.

Dalla ricerca effettuata, abbiamo rilevato nei 74 casi studiati, che il 23% ha delle lesioni da decubito sul calcagno equivalenti a 17 casi, di cui 11 decubiti di 1° grado (64,7%), 5 decubiti di 2° grado (29,4%) e infine solo 1 caso di lesione di 3° grado (5,9%).

Nel campione studiato i letti rimboccati sono il 62,2%, mentre per quanto concerne i giorni di degenza ospedaliera, fino a 3 gg. di degenza è presente il 29,7% dei pazienti, da 4 a 12 gg. il 45,9%, mentre con più di 12 gg. di degenza il restante 24,3%.

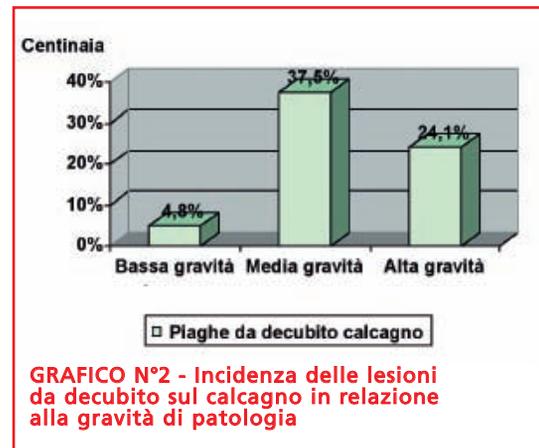
Nei 17 casi di lesioni da decubito rilevati dal campione, non c'è una grossa differenza per il sesso, con 9 casi (27,3%) di ulcere riscontrate nel totale dei maschi e 8 casi (19,5%) nelle femmine, per cui il sesso non è stato rilevante ai fini dell'insorgenza di piaghe.

A conferma di quanto ci spiega la letteratura sui decubiti (grafico n°1), la formazione di ulcere è maggiore negli allettati totalmente con il 29,6% (8 casi di dipendenza totale su 27), seguito dal 21,4% degli allettati parzialmente (3 casi di dipendenza parziale su 14) e il 18,2% dei pazienti aiutati con gli infermieri (6 casi di dipendenza media su 33).

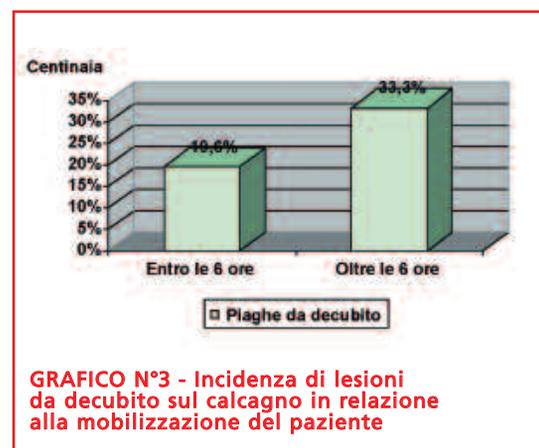


Altro risultato importante (grafico n°2), è segnalare la presenza di lesioni soprattutto nei pazienti con gravità di patologia di media e alta entità, con il 37,5% per la media gravità (9 casi su 24), seguita da

un'alta gravità con il 24,1% (7 casi su 29). Infine con il 4,8% nella bassa gravità (1 caso su 21).

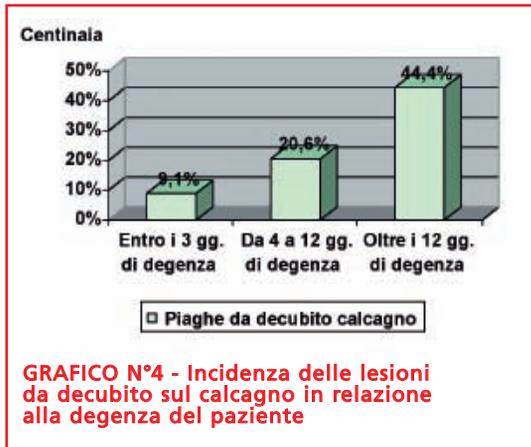


Incrociando l'item n°10 (presenza lesione da decubito sul calcagno) con l'item n°9 (mobilizzazione del paziente), è emerso una riconferma di quanto la letteratura ci insegna sui decubiti (grafico n°3): ovvero che se la mobilizzazione del paziente avviene con una bassa frequenza, allora si può verificare un maggior rischio d'insorgenza delle lesioni e la nostra ricerca ha evidenziato che questo avviene con valori percentuali che vanno dal 19,6% (11 casi su 56) entro le 6 ore di mobilità, per poi quasi raddoppiare fino al 33,3% del campione (6 casi su 18) per i mobilizzati oltre le 6 ore.



Altro dato interessante rilevato mettendo in relazione la presenza di piaghe da decubito sul calcagno in relazione ai giorni di degenza, è che queste ulcere si formano in maniera direttamente proporzionale ai

giorni di degenza, con una percentuale crescente: 9.1% (2 casi su 22) entro i 3 gg. di degenza, 20.6% (7 casi su 34) tra 4 gg. e i 12 gg. e il 44.4% (8 casi su 18) di pazienti con decubito oltre i 12 gg. di degenza. Da notare è il crescere di questi valori di un fattore maggiore di 2; dopo 12 gg. di degenza il rischio di lesione al calcagno si è quasi quintuplicato, questo a confermare che la lungodegenza è una concausa di lesioni da decubito (grafico n°4).



Per quanto riguarda l'analisi finale, ossia mettendo in relazione la presenza di lesioni rispetto al rifacimento del letto nella modalità rimboccata o non rimboccata, ovvero l'ipotesi di ricerca, si ha la conferma della nostra ipotesi di ricerca, in quanto si è riscontrato che con il rifacimento letto fatto con rimboccamento, su 46 pazienti (100%), 15 di essi avevano lesioni da decubito sul calcagno, equivalente al 32.6%, mentre su 28 pazienti (100%) con letto non rimboccato, solo 2 pazienti (7.1%) presentavano lesioni sul calcagno (grafico n°5).

Infine è interessante confrontare insieme le concause principali (grafico n°6) delle lesioni al calcagno nei 17 casi riscontrati nella ricerca, dove si evince ancor di più che tra le varie concause l'incidenza maggiore la riscontriamo nella gravità del paziente medio-alta (94.1%) e nel rifacimento letto (88.24%) nella modalità rimboccata.

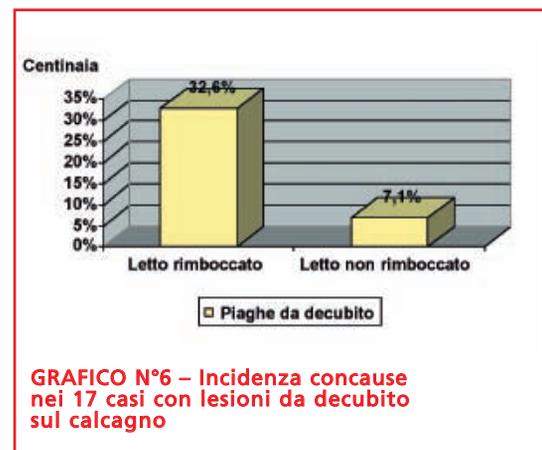
DISCUSSIONE

Interpretando i dati precedenti si è riscontrato che: la differenza di sesso non ha nes-

suna correlazione con l'insorgenza delle piaghe da decubito sul calcagno e che l'aumento delle giornate di degenza favorisce



l'incidenza delle ulcere da decubito ad eccezione dei reparti di Rianimazione e Ortopedia dove vengono utilizzati ausili antidecubito. Per quanto riguarda la mobilitazione del paziente, la ricerca conferma la letteratura, in quanto più si mobilita il paziente e minore sarà l'incidenza delle lesioni. La ricerca ha inoltre confermato la letteratura anche riguardo l'incidenza di lesioni all'aumentare delle gior-



nate di degenza, in quanto l'insorgenza delle ulcere sul calcagno aumenta in modo proporzionale e di un fattore maggiore di 2 con percentuali che vanno da 9.1% nei primi 3 gg., per poi cresce a 20.6% entro i 12 gg. e infine quintuplicare dopo i 12 gg. in poi a 44.4%. Si constata comunque che le patologie principali correlate al decubito sono in larga parte riscontrabili nei pazienti diabetici e ipertesi, con alta gravi-

tà di patologia e in età senile.

La ricerca comunque conferma tramite l'item n°13 (letto rimboccato o non rimboccato) incrociandolo con l'item n°10 (presenza di piaga da decubito), la nostra ipotesi di ricerca, ovvero: **"Il rifacimento del letto fatto con il rimboccamento favorisce le piaghe da decubito al calcagno"**, quindi il rifacimento letto rimboccato è una concausa insieme all'età avanzata, alla patologia ipertensiva, diabetica, alle giornate di degenza, alla non mobilitazione e al non uso di ausili antidecubito, per l'insorgenza di lesioni da decubito nella regione calcagno. Da constatare che nel reparto di Rianimazione con pazienti completamente allettati e con gravità altissima, il solo utilizzo di materassino antidecubito e il non rimboccamento delle lenzuola/coperte, non ha causato lesioni al calcagno pur se questi pazienti hanno una lunghissima degenza, con addirittura casi da 327 gg., in contrasto con la letteratura che ci insegna che l'insorgenza delle lesioni aumenta con l'aumentare dei giorni di degenza.

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA E PER LA RICERCA FUTURA

Sarebbe consigliabile inserire nella griglia per future ricerche ospedaliere nei confronti delle lesioni da decubito al calcagno, un'item riguardante la provenienza del paziente da precedenti reparti e/o cliniche. Altro consiglio utile è cercare di evitare di chiedere informazioni in reparto riguardo la presenza di pazienti con decubiti sul calcagno, ma constatare sempre di persona la presenza di tali lesioni tramite l'osservazione scientifica.

Consigliamo inoltre in future ricerche di triplicare il campione di studio e per una maggiore attendibilità dei dati effettuare sempre l'osservazione scientifica in tempi diversi di un minimo di 20 gg. onde evitare osservazioni ripetute nello stesso reparto ospedaliero.

Suggeriamo infine di sperimentare con un macchinario o strumento pesatrice, per quantificare quanta pressione si esercita sul calcagno a causa del rimboccamento delle coperte/lenzuoli, al fine di realizzare un item da inserire nella griglia che possa quantificare la soglia minima di peso capa-

ce di generare una lesione da decubito al calcagno.

CONCLUSIONI

Il nostro obiettivo iniziale era quello di dimostrare che "Il rifacimento del letto fatto con il rimboccamento favorisce l'insorgenza delle lesioni da decubito al calcagno". Dallo studio effettuato tramite l'utilizzo di una griglia di domande e l'osservazione scientifica (effettuata in due tempi) che l'ipotesi di ricerca da noi formulata è confermata, perchè il rifacimento del letto rimboccato ha favorito l'insorgenza di lesioni da decubito al calcagno nel 32.6% (15 casi) dei pazienti con letto rimboccato (46 casi), mentre nei pazienti con letto non rimboccato (28 casi) solo il 7.1% (2 casi) presentava tali lesioni. Possiamo inoltre confermare che l'ipotesi è una concausa insieme ad altre situazioni quali diabete, ipertensione, lungodegenza, età senile e alla non mobilitazione. Da evidenziare che nei reparti di Rianimazione e Ortopedia, dove non vengono rimboccati i letti e sono utilizzati ausili antidecubito, l'insorgenza di lesioni al calcagno è ridotta al minimo.

AUTORI

*Massimo Giordani
Infermiere UO Riabilitazione
Neuromotoria - S. Raffaele Pisana - Roma
Francesco Celletti
Infermiere UO Cardiologia -
Columbus (Gemelli) -Roma*

bibliografia

- 1 - Chiesa, I. et al, "Tecniche infermieristiche di base", pp. 24 - 28, Casa Editrice Ambrosiana, I Edizione, Milano, 1985.
- 2 - Juchli, L. "L'assistenza infermieristica di base", pp. 145 - 154, Rosini Editrice, III Edizione, Firenze, 1994.
- 3 - Brunner, S. et al, "Nursing Medico-Chirurgico", Volume 1, pp. 153 - 160, Casa Editrice Ambrosiana, II Edizione (italiana), Milano, 2001.

Il prelievo arterioso radiale per emogasanalisi: protocollo operativo per l'infermiere

di S. Lancianesi, A. Coltellaro, G. Andreozzi

PREMESSA

Nell'ultimo decennio la professione infermieristica ha subito numerose modifiche ed innovazione dovute all'attuale normativa che, oltre ad abrogare gli elementi che avevano regolato la professione, ha determinato la diretta assunzione di responsabilità da parte dei professionisti nell'erogazione delle prestazioni.

I provvedimenti legislativi (D.L.vo 502/92, DM 739/94, L. 42/99, L. 251/2000) hanno esercitato ed esercitano una forte influenza sull'esercizio professionale, si sottolinea la richiesta di una maggiore professionalità e l'esercizio di attività non più sottoposte ai vincoli del mansionario. L'abrogazione definitiva del DPR 225/74, il mansionario dell'infermiere, con la L. 42/99 ha prodotto in alcuni casi confusione, avendo perso i punti di riferimento su cosa si poteva o non si poteva fare.

Per far luce su alcune attuali questioni il Ministero della Salute, Consiglio Superiore di Sanità nella seduta del 23 giugno 2005 ha espresso parere favorevole all'effettuazione del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi da parte dell'infermiere. Le condizioni che pone sono le seguenti:

- Formazione per acquisire la *completa competenza*;
- La presenza di un *protocollo operativo* correttamente redatto, condiviso ed approvato dall'intera equipe medica ed infermieristica.

Il protocollo deve garantire la buona

pratica della tecnica del prelievo arterioso per l'emogasanalisi, l'adozione di tutte le misure di prevenzione delle complicanze e per la gestione dei rischi. Il protocollo è un documento scritto, concordato all'interno del gruppo, che traduce le conoscenze professionali in comportamenti che gli operatori dovrebbero adottare nello svolgimento di determinate attività, orientando l'azione all'efficacia della prestazione e al miglioramento della qualità dell'assistenza. Parte integrante del protocollo è la procedura che è considerata la forma standardizzata più elementare che formalizza una sequenza lineare di comportamenti per il controllo della qualità tecnica. L'obiettivo di questo strumento operativo è la riduzione della variabilità ingiustificata.

Il Codice Deontologico dell'infermiere del 1999 prevede che, relativamente a tecniche e mansioni non completamente acquisite l'infermiere debba esserne responsabile in base alla propria competenza e di aver il diritto ed il dovere di richiedere un'ulteriore formazione o supervisione su pratiche nuove. Infine, il DM 2-4-2001 prevede nell'ordinamento didattico del corso di laurea per infermiere l'apprendimento seppur esclusivamente teorico delle conoscenze, delle abilità necessarie al prelievo arterioso, ritenuta tecnica avanzata da apprendere post laurea. Appresa la tecnica ed avvenuto l'addestramento attraverso la supervisione di un'esperto, il prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi può conside-

rarsi un atto, anche, di competenza infermieristica.

Definizione e modalità di esecuzione

L'emogasanalisi (EGA) è il controllo ematochimico fondamentale per valutare la funzionalità respiratoria e l'assetto metabolico. La valutazione di parametri quali PO₂, PCO₂ e PH nel sangue arterioso consente di evidenziare la presenza di un'insufficienza respiratoria e/o di uno squilibrio metabolico singoli o associati e di definire la gravità delle condizioni di salute. Nel contesto dell'insufficienza respiratoria permette di distinguere tra ipoventilazione (ipercapnia) ed alterazioni dell'ossigenazione (ipossiemia); il rapporto tra l'ossigeno inspirato e quello presente nel sangue arterioso consente, anche, di quantificare il livello di gravità dell'ipossiemia. L'EGA del sangue venoso misto, prelevato dall'arteria polmonare (accettabile il campione prelevato dal più comune Catetere Venoso Centrale CVC), consente di verificare quanto ossigeno non utilizzato ritorna al cuore destro, costituendo un prezioso indicatore del rapporto fra la disponibilità d'ossigeno ed il fabbisogno metabolico cellulare.

Accanto alla misurazione di PO₂, PCO₂, HCO₃ e PH, gli analizzatori di ultima generazione possono effettuare nello stesso campione la valutazione dell'ossimetria e la misura di ioni, lattati, glucosio, bilirubina, Be, SAT%, Hb...; in tal caso, EGA, arricchisce straordinariamente la sua connotazione originaria diventando un vero e proprio profilo respiratorio e metabolico multiparametrico, essenziale per la valutazione del paziente critico.

Il prelievo può essere effettuato mediante puntura estemporanea delle arterie radiali (fig.1 e 2) o femorali, talvolta la brachiale, oppure attraverso i cateteri posizionati in arteria periferica, in arteria polmonare o in prossimità dell'atrio destro. Mentre, il prelievo arterioso dall'arteria dorsale del piede (pedidia) non è molto diffuso, anche se potrebbe costituire una valida alternativa a quello radiale. Infatti, le due arterie si equivalgono per calibro e per

il rischio di incidenza di trombosi, ma essendo l'arteria pedidia più lontana dal cuore e per la sua particolare posizione anatomica, risente maggiormente delle differenziali di pressione perciò poco indicata. E' importante valutare le eventuali controindicazione alla puntura arteriosa percutanea, ad esempio per l'arteria radiale: impiego ripetuto per punture trascutanee, prolungata cannulazione,...

La raccolta del campione deve essere molta attenta, poiché la maggior parte degli errori in sede di determinazione dei parametri è da attribuire ad un controllo non accurato delle condizioni che precedono la procedura vera e propria. I campioni di sangue vengono raccolti in una siringa già eparinata, con aghi sottili scarsamente traumatici. Nell'impiego clinico, solo in caso di mancanza delle siringhe suddette, si ricorre all'utilizzo di siringhe da 2,5 ml da eparinizzare. L'eparina sodica. è considerata l'anticoagulante d'elezione, è sufficiente aspirarne una modesta dose e poi spingere a fondo il pistone, in modo che ne rimanga una minima quantità nel cono della siringa e nell'ago. Quantità eccessive potrebbero alterare i valori del campione che potrebbe risultare diluito.

La tecnica per l'emogasanalisi è relativamente semplice, ma non scevra da rischi e complicanze e per la sua grande utilità è bene che venga descritta in un protocollo operativo. Nella Circolare del Ministero della Salute citata, vengono definiti i dati che la redazione del protocollo deve comprendere.

Sulla base di quelle indicazioni che abbiamo redatto il **protocollo** seguente:

PROTOCOLLO

AZIENDA SANITARIA _____	PRELIEVO ARTERIOSO RADIALE PER EMOGASANALISI CON SIRINGA EPARINATA	UO/STRUTTURA _____
----------------------------	---	-----------------------

OGGETTO

Il protocollo descrive la modalità di esecuzione del prelievo arterioso radiale per emogasanalisi eseguito da personale infermieristico in un paziente adulto.

MOTIVAZIONE/OBIETTIVO

Assicurare la buona pratica di tecnica del prelievo arterioso dall'arteria radiale al fine di evitare o ridurre il fenomeno di non omogeneità della procedura e del rischio di complicanze.

CAMPO DI APPLICAZIONE/TIPOLOGIA DEL PAZIENTE

Il prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi viene effettuato ogni volta che è necessario valutare la funzionalità respiratoria e/o l'assetto metabolico del paziente ricoverato presso tutte le Unità Operative ospedaliere, ambulatoriali e ADI

RIFERIMENTI NORMATIVI/DOCUMENTALI

- Circolare Ministero della Salute del 23 giugno 2005 *effettuazione del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi da parte dell'infermiere.*
- D.M. 739/94
- L.42/99
- D.M. 2-4-2001
- Codice Deontologico dell'Infermiere 1999
- Linee Guida per la *prevenzione delle infezioni associate a catetere intravascolare* - CDC 2002

RESPONSABILITA'

Descrizione dell'attività	Figura che svolge l'attività	infermiere	OSS
Informazione ed istruzione del paziente		R	
Fornitura del materiale necessario		R	C
Rilevazione parametri vitali + condizioni cliniche		R	C
Smaltimento del materiale			R
Verifica finale		R	

R=responsabile C=coinvolto

RISORSE MATERIALI

- ✓ Siringa eparinata con aghi di calibro sottile (22-25G) Fig.3
- ✓ Soluzione antisettica al 2% di clorexidina gluconato (oppure povidone iodico)
- ✓ Garze sterili e cerotto
- ✓ Guanti

PROCEDURA

AZIONE	MOTIVAZIONE
Informare il paziente, se cosciente, sulle modalità della procedura	E' un suo diritto, favorisce la collaborazione e permette di evitare rischi durante il prelievo
Predisposizione del materiale occorrente	Assicura l'utilizzo di idoneo materiale
Rilevazione dei PV	Per poterle correlare con i valori dei dati misurati
Registrazione delle condizioni cliniche del paziente	
Igiene delle mani con l'uso di prodotti alcolici senza acqua o di un sapone antibatterico ed acqua con adeguato risciacquo	Per fornire protezione contro le infezioni
Indossare i guanti	Per ridurre il rischio di contaminazione
Posizionamento del polso del paziente	Il polso viene posizionato verso il basso sul bordo del letto
Antisepsi della cute della zona da pungere	Per ridurre la colonizzazione periferica
Palpazione del polso con il medio e l'indice della mano non dominante	E' facilmente identificabile al polso, previa iperestensione dello stesso, ove il vaso decorre in superficie. Nell'adulto dovrebbe essere a circa 2,5 cm di distanza dalla piega del polso. L'ago deve essere inserito con un'angolazione di 45-60° sul piano verticale e dirigerlo lentamente verso la pulsazione.
Puntura del vaso arterioso. Raccogliere una modesta quantità di sangue: 1-1,5 ml, eseguendo il prelievo in lieve ma costante aspirazione per evitare la formazione di bolle d'aria nella siringa. Chiudere la siringa con un tappo <i>luer-lock</i> e ruotarla tra le mani	Il franco reflusso di sangue nella siringa identificherà la penetrazione del vaso. E' meglio evitare di riporre l'apposito cappuccio sull'ago, perché tale manovra espone l'operatore al rischio di punture accidentali. Per consentire l'omogenea miscelazione tra il sangue arterioso e l'eparina.
Tamponare con garze e cerotto	Favorire la coagulazione e ridurre il rischio dell'ematoma. La compressione, che deve consentire il normale flusso di sangue attraverso il vaso, sarà mantenuta per circa 5-10 minuti.
Riordinare il letto ed il materiale	Per il benessere del paziente
Inserire il campione di sangue prelevato nell'apposito analizzatore* (nella quantità richiesta dall'apparecchio), entro 10 minuti o conservare il campione in ghiaccio a 0°C	Per minimizzare gli effetti dovuti al mantenimento del metabolismo del campione con diminuzione del PH, alla diffusione di gas dalla siringa ed alla fuoriuscita di potassio dalle cellule
Eliminare la siringa che contiene la restante parte di sangue negli appositi contenitori	Per ridurre il rischio infettivo
Rilevare i dati e prelevare la striscia di carta di registrazione degli stessi	Perché il referto verrà posto nella documentazione del paziente
Igiene delle mani	Ridurre rischio occupazionale
Interpretazione dei parametri di più immediata consultazione PO ₂ , PCO ₂ e PH	Permettono di valutare la presenza e la gravità di un'eventuale insufficienza respiratoria e/o di uno squilibrio metabolico singoli od associati
Far prendere visione del referto al medico/rianimatore	Per una eventuale terapia correttiva del quadro patologico
Verificare il sito di puntura cutanea e, se necessario, procedere a medicazione locale.	Se sono presenti alterazioni della coagulazione, con sanguinamento del sito di puntura, dovrà essere necessaria una medicazione compressiva della durata di alcune ore.

*si possono inserire nell'apparecchio i dati relativi alla FiO₂ e all'emoglobina del paziente. In questo caso è necessario anche indicare il valore della temperatura corporea.

COMPLICANZE

- ✓ Ematoma, occlusione dell'arteria, crisi vagale. La più frequente è l'ematoma che deve essere prevenuto o minimizzato usando aghi di calibro sottile e comprimendola sede di prelievo per 5-10 minuti;
- ✓ Trombosi dell'arteria per punture ripetute. Si previene con la cateterizzazione dell'arteria radiale;
- ✓ Inquinamento del campione con bolle d'aria (Fig.4-5) e con liquido che perfonde la linea in caso di prelievo da catetere.

ALTRE INDICAZIONI UTILI

- ✓ Il prelievo può essere effettuato, anche, mediante puntura estemporanea dell'arteria femorale o brachiale
- ✓ Il prelievo può essere effettuato, anche, attraverso i cateteri posizionati in arteria periferica, in arteria polmonare o in prossimità dell'atrio destro



INTERPRETAZIONE DEI PARAMETRI

I parametri di più immediata consultazione sono PO_2 , PCO_2 e pH per valutare la presenza e la gravità di un'eventuale insufficienza respiratoria e/o di uno squilibrio metabolico singoli od associati. Gli scambi gassosi fra gli alveoli ed il san-

gue e fra questi ed i tessuti sono dovuti ai gradienti di pressione parziale dei singoli gas, per cui essi si spostano verso le zone con minor pressione, oltre che alla solubilità dei gas ed alla permeabilità delle membrane che essi devono attraversare. In caso d'insufficienza respiratoria ipossiemiante, senza ipercapnia, l'EGA arteriosa può essere effettuata in due tempi; durante respirazione in aria e dopo respirazione con O_2 puro per almeno 10 minuti.

Se l'ipossiemia è corretta dalla somministrazione di ossigeno, allora probabilmente è causata da una decurtazione del circolo polmonare (embolia) con aumento dello spazio morto: il sangue bagna alveoli che contengono una quantità di O_2 che è quella normale, ma che in questi casi diventa insufficiente ad ossigenare tutto il sangue che arriva loro.

Se invece l'ipossiemia non viene corretta, o lo è solo parzialmente, si è in presenza di alveoli poco o per niente ventilati



(edema, atelettasia) che continuano ad essere per fusi nonostante il riflesso di vasocostrizione ipossica locale: all'atrio sinistro ritorna dal circolo polmonare sangue arterializzato mescolato a sangue ancora venoso (shunt a-v, commistione venosa)

CONCLUSIONI

Il mondo della sanità è in continua evoluzione richiede all'infermiere una maggiore preparazione ed ulteriori competenze che possono metterlo in grado di assumere delle decisioni a volte determinanti per le condizioni di salute del paziente.

Auspichiamo che, accanto all'evoluzione della normativa che affida all'infermiere sempre maggiore autonomia e responsabilità vi sia anche la consapevolezza dei professionisti per saper agire con un forte senso di serietà nei confronti della professione che dei cittadini. A seguito dell'abrogazione del mansionario dell'infermiere si sono verificate situazioni differenziate per l'esecuzione di alcune prestazioni. A tal proposito, la tecnica del prelievo arterioso per emogasanalisi è stata considerata un'attività del medico sia per la scarsa conoscenza dell'evoluzione della normativa che per prassi; in alcuni reparti come la terapia intensiva e le rianimazione, l'emogasanalisi è di competenza dell'infermiere anche se, lo distoglie dalle altre pratiche assistenziali (ulteriore carico di lavoro) e lo rende responsabile dei rischi ad essa connessi.

Acquisizione di alcune competenze da parte dell'infermiere risultano essere indi-

spensabili nella pratica clinica moderna particolarmente in alcuni ambiti assistenziali. Con la pubblicazione della circolare del ministero della salute a riguardo del prelievo arterioso dalla radiale si è chiarito che è una pratica eseguibile sia dal medico che dall'infermiere eccetto il prelievo arterioso femorale che rimane di esclusiva competenza del medico.

AUTORI

DAI S. Lancianesi - UOC Formazione, Qualità, Ricerca e Sperimentazione Gestionale
 Infermiere Spec. A. Coltellaro - UD Rianimazione III Ospedale S. Eugenio
 Dott. G. Andreozzi - UD Rianimazione III Ospedale S. Eugenio

bibliografia

Marchetti R., Romigi G., & Stievano A. (2005). *Lavorare in area critica*. Roma, Carocci Faber.
 Circolare Ministero della Salute del 23 giugno 2005 *effettuazione del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi da parte dell'infermiere*.
 D.M. 739/94
 L.42/99
 D.M. 2-4-2001
 Codice Deontologico dell'Infermiere 1999
 Linee Guida per la *prevenzione delle infezioni associate a catetere intravascolare* - CDC 2002

Gestione intraospedaliera della frattura di femore in pazienti ultrasessantacinquenni

di Marco Tosini

L'Agencia di Sanità Pubblica della Regione Lazio in collaborazione con varie Società scientifiche, tra cui il Collegio Ispasvi di Roma, ha ritenuto opportuno anche in base all'ultimo rapporto su questa tipologia di pazienti, di definire ed iniziare una sperimentazione di un percorso clinico assistenziale per la gestione intraospedaliera della frattura di femore in pazienti ultrasessantacinquenni che ha come finalità quella di promuovere la qualità dell'assistenza sanitaria in questo tipo di pazienti.

Le statistiche sono molto chiare, in base alle quali la Regione Lazio si pone negli ultimi posti tra le regioni italiane per la sopravvivenza a breve e medio termine per questo tipo di patologia.

Infatti è ineludibile il fatto che il paziente ultrasessantacinquenne fratturato di femore nella nostra regione ha una degenza media molto alta rispetto alle altre regioni nel periodo pre – operatorio che varia dai 3 giorni fino ad arrivare ai 14 giorni, ma il dato più preoccupante che ci riguarda molto da vicino, è quello che i pazienti che vengono sottoposti ad intervento chirurgico sono solo poco più di un terzo, da una soglia minima del 60% ad una soglia massima del 85%

Il progetto si pone degli obiettivi specifici:

- *definire un percorso clinico assistenziale basato sulle evidenze disponibili in letteratura e condiviso con tutte le società medico scientifiche*
- *Sperimentare la sostenibilità del percorso e l'impatto in termini di miglioramento delle performance organiz-*

zative e degli esiti di salute dei pazienti fratturati

1. INDIVIDUAZIONE DEL PROCESSO

Il processo da analizzare è quello "ideale", basato sulle linee guida più aggiornate relative alla gestione del paziente con frattura di femore. Senza dubbio nella nostra regione ci sono molte variabili tra le varie strutture sanitarie del Servizio Sanitario Regionale, quindi si è ritenuto opportuno focalizzare l'attenzione su quegli ambiti dell'assistenza comuni alla maggior parte delle strutture ospedaliere e che, pertanto risultino applicabili indipendentemente dal livello di complessità assistenziale.

2. IDENTIFICAZIONE DI FINALITÀ E FLUSSO DEL PROCESSO

La denominazione di processo è "profilo assistenziale del paziente con frattura di femore"

Responsabile del processo è il Direttore Medico di Presidio Ospedaliero che si avvale dei responsabili dei sottoprocessi.

L'obiettivo del processo è quello di fornire l'assistenza ospedaliera ai pazienti ultrasessantacinquenni con frattura di femore.

I confini del processo vanno dall'ingresso del paziente in pronto soccorso (inizio del processo) alla dimissione dall'Unità Operativa di Ortopedia o Trauma-

tologia (termine del processo).

L'input del processo è costituito dall'accesso in pronto soccorso di un paziente ultrasessantacinquenne con frattura post – traumatica di femore .

Il fornitore del processo può essere definito come quell'insieme di elementi che consentono l'accesso degli inputs al processo; in altri termini quegli elementi che inviano i pazienti fratturati all'ospedale (medici di medicina generale, medici di guardia medica, operatori del 118, familiari....)

L'output del processo è costituito dalla dimissione del paziente trattato dal reparto di ortopedia.

I clienti del processo sono i pazienti, i familiari e tutte le figure professionali che intervengono nelle diverse fasi del processo secondo la logica del cliente – fornitore.

La strategia attuata prevede un approccio basato sui processi ed il processo è rappresentato da una sequenza di attività correlate e interagenti finalizzate ad uno specifico risultato finale rappresentato dal paziente curato e dimesso dalle unità operative.

Gli obiettivi sopra elencati possono essere raggiunti mediante una metodologia divisa in 3 fasi ben distinte e "temporizzate"

Il gruppo rappresentativo ha per prima cosa definito i "confini del processo assistenziale", individuandoli nel momento dell'ingresso del paziente in pronto soccorso (inizio del processo) e in quello della dimissione dalla unità operativa (U.O.) di Ortopedia o Traumatologia (termine del processo).

Questo processo generale è stato a sua volta suddiviso in quattro subprocessi:

I subprocessi del processo (che corrispondono alle fasi del profilo assistenziale) sono quattro.

1. L'input iniziale è rappresentato dal "paziente con sospetta frattura di femore" che arriva in pronto soccorso e che viene sottoposto al primo subprocesso definito come "valutazione in Pronto Soccorso".

2. Una volta che viene completata la valutazione in pronto soccorso si ottiene un output che può essere definito

come "paziente con frattura di femore", questo, a sua volta, rappresenta l'input del subprocesso successivo, denominato " fase pre – operatoria"

3. Completato il processo della fase pre – operatoria si ottiene output successivo che è rappresentato dal "paziente operabile" che costituisce l'input del subprocesso successivo, denominato "intervento chirurgico".

4. L'output di quest'ultimo processo, il "paziente operato" rappresenta l'input del subprocesso successivo "fase postoperatoria". Una volta completato il processo di "degenza postoperatoria" si ottiene un prodotto finale che può essere tranquillamente denominato come "paziente curato e dimesso".

SCHEMATICAMENTE I SUBPROCESSI

1. Valutazione in Pronto Soccorso

L'obiettivo del subprocesso è quello di fornire la valutazione iniziale al paziente con sospetta frattura di femore, confermando la diagnosi e stabilizzandone le condizioni cliniche.

I confini del subprocesso vanno dall'ingresso del paziente in pronto soccorso (input) fino al trasferimento alla degenza dell'U.O. di ortopedia o traumatologia (output).

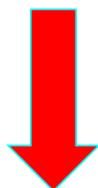
SCHEMATICAMENTE I SUBPROCESSI

1. Valutazione in Pronto Soccorso

L'obiettivo del subprocesso è quello di fornire la valutazione iniziale al paziente con sospetta frattura di femore, confermando la diagnosi e stabilizzandone le condizioni cliniche.

I confini del subprocesso vanno dall'ingresso del paziente in pronto soccorso (input) fino al trasferimento alla degenza dell'U.O. di ortopedia o traumatologia (output).

- Arrivo del paziente
- Sospetta frattura del femore
- 118, mezzo proprio ecc...



Codice Rosso



Sala EMERGENZA
Stabilizzazione paziente

- TRIAGE
- Codice giallo
- Giallo - Rosso

Codice Giallo



VISITA



Rx Anca



Frattura non confermata

Conferma della Frattura



Rx Torace



Trasferimenti in U.O.
Ortopedia o Traumatologia

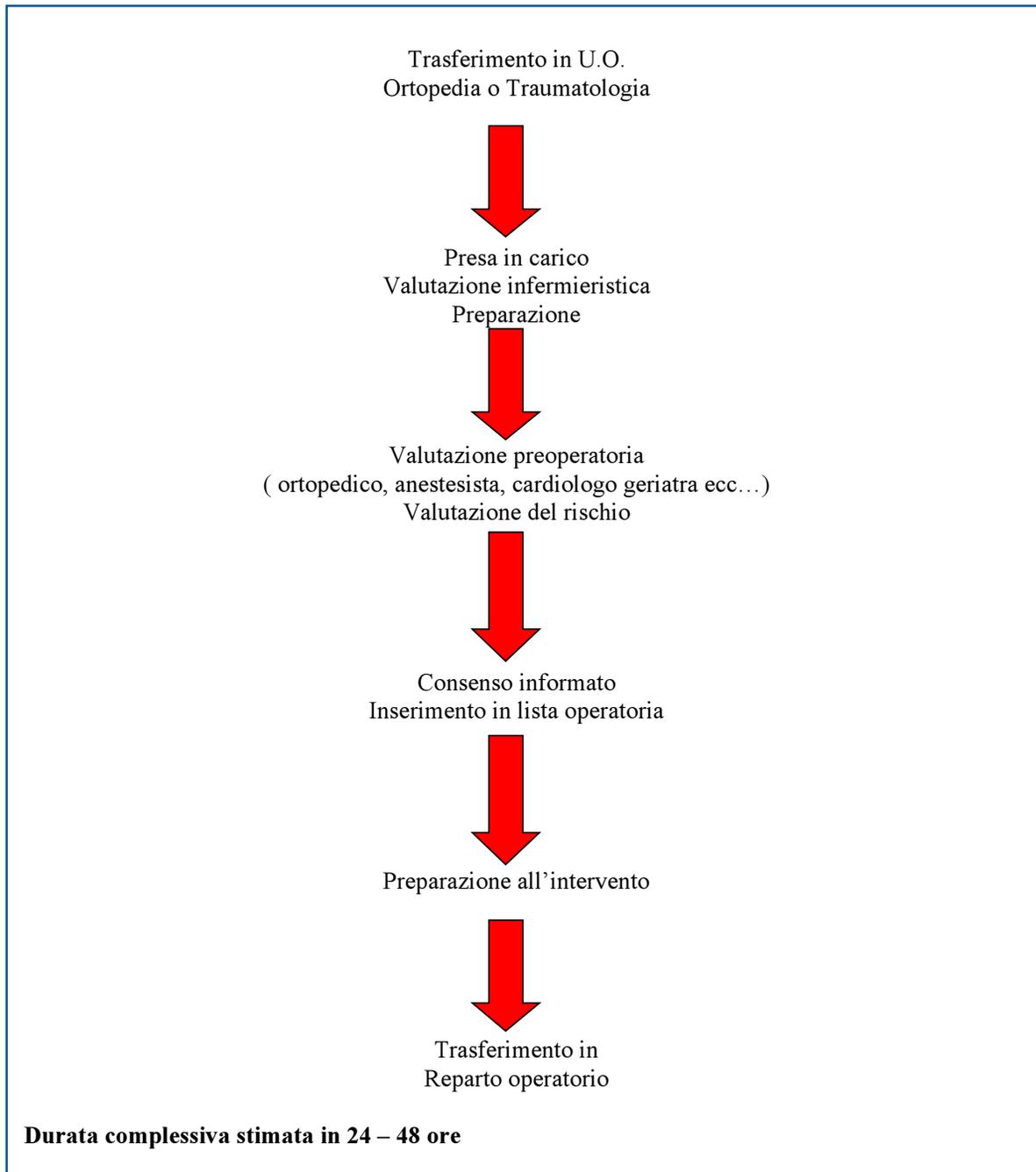


Tempo previsto complessivamente stimato in 120 minuti

Fase pre – operatoria

L'obiettivo del subprocesso è quello di fornire l'assistenza medica ed infermieristica necessaria per la valutazione di eleggibilità e preparazione all'intervento chirurgico per frattura di femore.

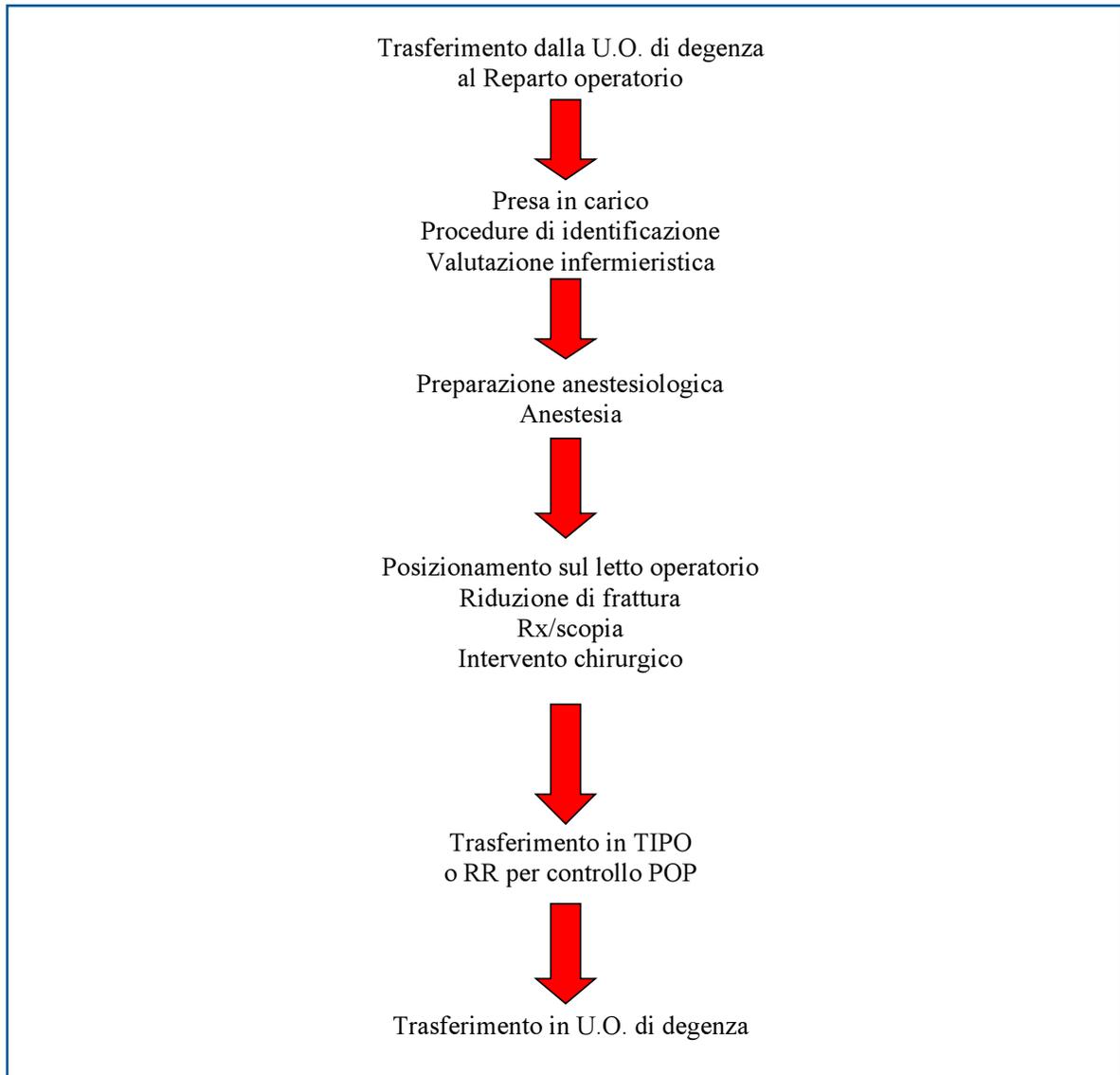
I confini del subprocesso vanno dall'arrivo del paziente "operabile" con frattura (e della relativa richiesta di ricovero) in reparto di degenza (input), fino al trasferimento del paziente in Sala Operatoria (output).



Fase 3: " Intervento chirurgico"

L'obiettivo del subprocesso è quello di fornire l'assistenza medica ed infermieristica necessarie per l'intervento chirurgico e la gestione del paziente nel reparto operatorio.

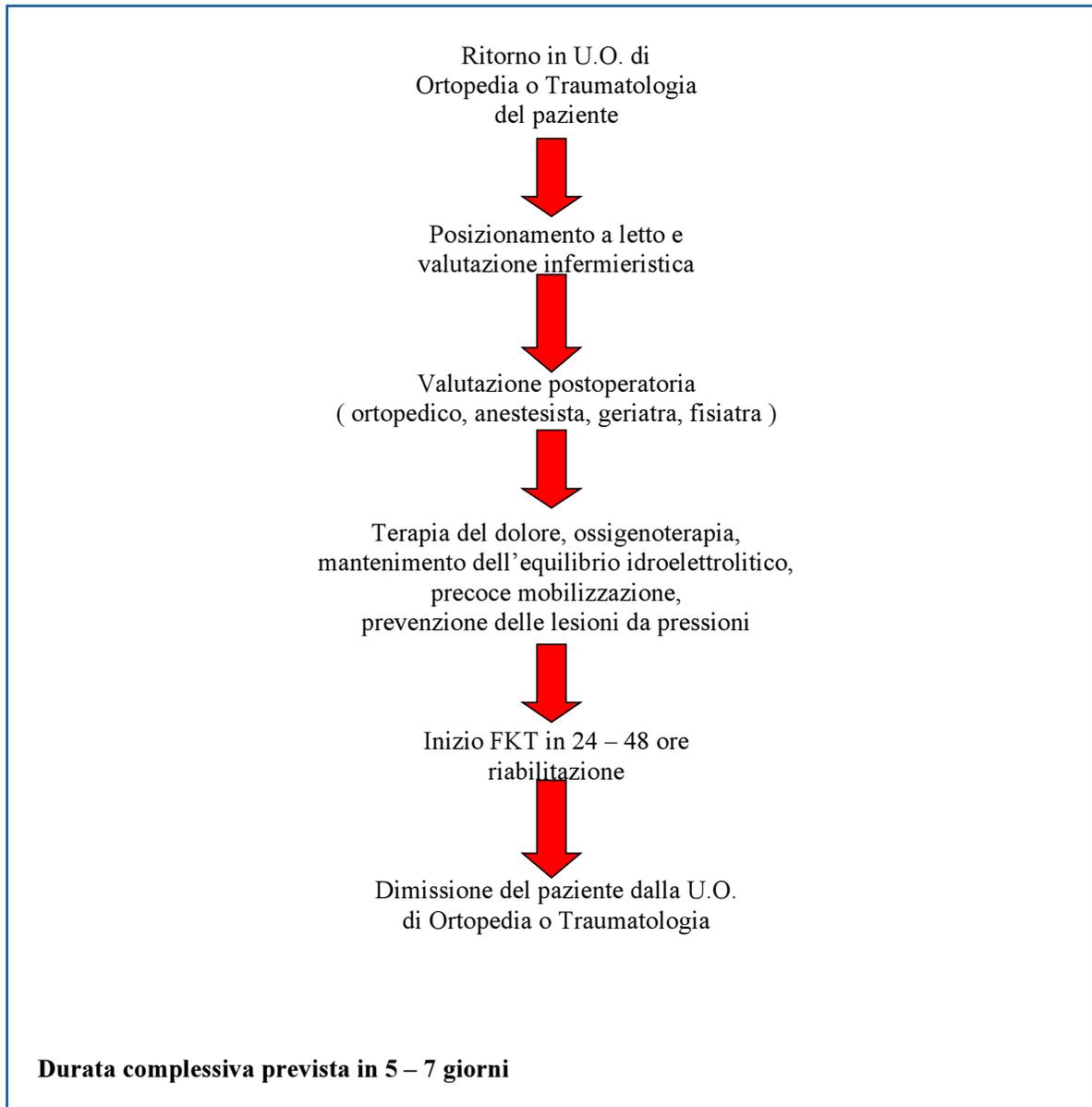
I confini del subprocesso vanno dall'arrivo del paziente dalla U.O. di degenza al reparto operatorio (input) fino alla dimissione dal reparto operatorio e trasferimento in reparto del paziente (output).



Fase 4: "Fase postoperatoria"

Gli obiettivi del subprocesso sono quelli di fornire assistenza medica, infermieristica e fisioterapica per stabilizzare le condizioni del paziente operato, di evitare le possibili complicanze e di riabilitare il più precocemente possibile le funzioni motorie e la deambulazione.

I confini del subprocesso vanno dall'arrivo del paziente in reparto di degenza dopo l'intervento chirurgico (input), fino alla dimissione del paziente curato dall' U.O. di ortopedia o traumatologia (output).



Saranno nei prossimi mesi scelti alcuni nosocomi di Roma e della Regione Lazio dove maggiormente sono trattati questo tipo di pazienti e dove i dati relativi alle percentuali di pazienti sottoposti ad intervento chirurgico sono sotto la media nazionale e l'attesa per l'intervento chirurgico stesso è molto elevata.

La sperimentazione sarà preceduta da un corso di formazione dove i destinatari sono i direttori sanitari, ortopedici, medici di pronto soccorso, anestesisti, cardiologi, geriatri, fisiatri, fisioterapisti ed infermieri scelti dalle direzioni dei nosocomi stessi.

Al termine del corso di formazione tutti i partecipanti dovranno essere in grado di

- descrivere gli elementi caratterizzanti il quadro epidemiologico della frattura di femore dell'anziano
- descrivere i metodi e gli strumenti per la gestione per processi
- analizzare le fasi, le attività ed i compiti relativi al percorso clinico assistenziale per gli affetti da frattura di femore.

Una volta avuta la formazione tutti i discenti diventeranno docenti nei propri luoghi di lavoro con la supervisione di personale delegato dall' Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio.

Il Collegio di Roma è sempre pronto come si evince da questo progetto ad essere in prima linea dove la professione infermieristica è chiamata ad un ruolo di primaria importanza e dove è richiesto un elevato livello di professionalità.

Questo certamente è un processo ambizioso, e se è ben supportato dalle Aziende Ospedaliere e dai tutti i professionisti coinvolti, può portare ad un forte miglioramento assistenziale per i pazienti ultrasessantacinquenni affetti da frattura di femore.

AUTORE

Marco Tosini
Coordinatore Policlinico A. Gemelli

in pillole

Cancro, la proteina "anti-chemio"

I ricercatori dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena di Roma (IRE) hanno aggiunto un nuovo tassello alla comprensione dei meccanismi di proliferazione delle cellule tumorali in risposta alle chemioterapie. Circa la metà dei tumori umani esprime una proteina, la P-53, mutata. La frequenza più alta si riscontra nel cancro del polmone (70%), seguito da quelli del colon, della mammella e dell'ovaio.

La P-53, nota come proteina killer, è capace

di indurre la morte cellulare nei tumori. Se è presente in forma mutata, ha la capacità di indurre una proliferazione aberrante in risposta ai chemioterapici, quindi la terapia diventa uno stimolo al proliferare delle cellule tumorali, invece di bloccarle. Il meccanismo di questo funzionamento è stato individuato presso il Dipartimento di Oncologia Sperimentale dell'IRE e lo studio si è svolto con il supporto dell'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC).

L'inserto

**Riformulazione
dell'art. 5.4
del Codice
Deontologico
dell'Infermiere**



Riformulazione dell'art. 5.4 del Codice Deontologico dell'Infermiere

Ai sensi dell'art. 2 della Legge 4 agosto 2006 n. 248 sulla Conversione in legge, con modificazioni del D.L. 4-7-2006 n. 223 recante Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale (cosiddetto Decreto Bersani) "in conformità al principio comunitario di libera concorrenza ed a quello di libertà di circolazione delle persone e dei servizi, nonché al fine di assicurare agli utenti un'effettiva facoltà di scelta nell'esercizio dei propri diritti e di comparazione delle prestazioni offerte sul mercato, dalla data di entrata in vigore del presente decreto sono abrogate le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono con riferimento alle attività libero-professionali e intellettuali: "l'obbligatorietà di tariffe fisse o minime ovvero il divieto di pattuire compensi parametrati al raggiungimento degli obiettivi perseguiti".

Il Comma 3 dello stesso articolo prescrive che "Le disposizioni deontologiche e patrizie e i codici di autodisciplina che contengono le prescrizioni di cui al comma 1 sono adeguate, anche con l'adozione di misure a garanzia della qualità delle prestazioni professionali, entro il 1° gennaio 2007. In caso di mancato adeguamento, a decorrere dalla medesima data le norme in contrasto con quanto previsto dal comma 1 sono in ogni caso nulle".

Premesso quanto sopra il Comitato Centrale della Federazione, visto l'obbligo nascente dalla norma, ha deliberato l'adeguamento del Codice Deontologico dell'Infermiere. Di conseguenza l'art. 5.4 del Codice Deontologico dell'Infermiere risulta così riformulato: "***Nell'esercizio autonomo della professione l'infermiere si attiene alle norme di comportamento emanate dai Collegi Ipasvi***". Viene, pertanto, eliminata la parte riferita ai minimi tariffari.

in pillole

Obesità e altezza: insospettabili alleati

I bambini che crescono più rapidamente sono quelli più esposti al rischio di obesità. Lo affermano i risultati di uno studio realizzato da un pool di ricercatori inglesi dell'Università di Manchester, pubblicato sulla rivista "International Journal of Obesity".

Secondo la ricerca, questi bambini sembrano essere più vulnerabili perché tendono a

mangiare di più e quindi ad essere più esposti ai grassi contenuti nel cibo. Il maggior aumento dell'indice di massa corporea è risultato essere quello dei bambini più alti. Lo studio ha preso in esame 50 mila bambini in un periodo compreso tra il 1988 e il 2003. La differenza nell'aumento di indice di massa corporea tra il 10% dei bambini più bassi e il 10% dei bambini più alti è risultato differente di ben 12 volte.

Sanità: a proposito di scandali

LETTERA APERTA A...

*Ministro delle Comunicazioni
Ministro della Salute
Autorità per le Garanzie
nelle Comunicazioni
Comitato Regionale del Lazio
per i Servizi Radiotelevisivi
Consiglio Nazionale
dell'Ordine dei Giornalisti*

Egregi Ministri, Egregi Presidenti, le grida di scandalo che hanno fatto eco al recente caso del Policlinico Umberto I di Roma, una volta ancora, hanno scatenato i soliti luoghi comuni, conditi da accuse e sprezzanti ironie, sul ruolo e la responsabilità degli infermieri. Una categoria, questa, ormai abituata, suo malgrado, a fungere da parafulmine dei problemi della sanità nazionale, troppo spesso oggetto di analisi e deduzioni superficiali quanto sommarie.

Nella realtà, gli infermieri sono ancor più preoccupati dei cittadini per quanto accaduto e sono i primi a condannare il degrado e l'incuria che investe molte strutture sanitarie e ospedaliere del Paese. D'altronde, situazioni di questo tipo ricadono doppiamente su quanti, come gli infermieri, vivono e lavorano in tali strutture.

E' profondamente ingiusto, quindi, oltraché oltraggioso per l'intera professione, puntare il dito accusatore contro di loro e dileggiarli. Gli infermieri sono le "vittime" e non i "carnefici" di tali situazioni. A più riprese e con pochi riscontri, la cate-

goria ha denunciato e continua a denunciare le insostenibili carenze strutturali e gestionali di molte strutture sanitarie (quella dell'Umberto I non è la sola). Di più: condannano da anni l'abnorme ingerenza della politica nella sanità e i suoi effetti dirompenti sulla qualità dei servizi resi agli utenti.

Va inoltre detto che, sulla scia di un vezzo tutto italiano, i media continuano con preoccupante frequenza a confondere il personale infermieristico con altre figure professionali sanitarie. Ecco che, al cospetto di un locale disseminato di cicche, sporco o ricettacolo di cartacce, la colpa viene automaticamente imputata agli infermieri (come accaduto nel caso del Policlinico).

Ma ora basta! Gli infermieri sono stufo. E sono ben decisi a difendere l'onorabilità di una professione che non esita ad accollarsi, quotidianamente, i gravi problemi della sanità, che con spirito di abnegazione ed enormi sacrifici tira avanti la baracca, che si sottopone a turni massacranti per garantire l'erogazione delle prestazioni ai cittadini.

Inoltre, vale la pena di rimarcare come in Paesi evidentemente più civili del nostro, in cui la sanità funziona decisamente meglio, tutti gli ospedali dispongono di ambienti dedicati alle pause-lavoro, dove il personale può sorseggiare un caffè e magari fumare una sigaretta senza arrecare alcun

danno ai pazienti e alle strutture.

Da qui l'appello accorato della professione tutta ad intervenire, ognuno per le sue competenze e nell'ambito delle proprie attribuzioni, affinché questo "gioco al massacro" dell'infermiere di turno cessi immediatamente.

Infine, al Ministro della Salute chiediamo, per una volta, di farsi portavoce dei sacrifici degli infermieri, di intervenire per difendere apertamente la professione da attacchi tanto becchi quanto insensati. Del

resto, la categoria ha ampiamente dimostrato di saper perseguire chi, nell'ambito infermieristico, possa rendersi colpevole di inadempienze e comportamenti scorretti, fortunatamente rari.

Come sempre, gli infermieri sono pronti a confrontarsi in modo franco e civile sui problemi della sanità. Non più, però, ad essere pubblicamente incriminati per colpe di altri.

Il Presidente
Gennaro Rocco

MINISTRO DELLE COMUNICAZIONI

Egr. On.le Paolo Gentiloni
Viale America, 201 – EUR - 00144 ROMA
Tel.: 06.54441
E-mail: ufficio.stampa@comunicazioni.it - urpcom@comunicazioni.it

MINISTRO DELLA SALUTE

Egr. Sen. Livia Turco
Piazzale dell'Industria, 20 – EUR - 00144
ROMA - Tel.: 06.59941
E-mail: ufficiostampa@sanita.it - urpmin-salute@sanita.it

AUTORITÀ PER LE GARANZIE NELLE COMUNICAZIONI

Egr. Presidente - Dr. Corrado Calabrò
Ufficio di Roma - Via delle Muratte, 25 -
00187 ROMA
Tel.: 06.69644111 - Fax: 06.69644926

COMITATO REGIONALE PER I SERVIZI RADIOTELEVISIVI DEL LAZIO (CO.RE.COM.)

Egr. Presidente
Prof. Angelo Gallippi
Via Lucrezio Caro, 67 - 00193 ROMA
Presidente: Prof. Angelo Gallippi - Tel.:
06.3215995-907 - Fax: 06.3244426
E-mail: corecom@regione.lazio.it

CONSIGLIO NAZIONALE DELL'ORDINE DEI GIORNALISTI

Egr. Presidente
Dr. Lorenzo Del Boca
Lungotevere de' Cenci 8 – 00186 – ROMA
Tel.: 06.686231 - Fax: 06.68804084 - E-mail: odg@odg.it

SANIT 2007
Coordinamento scientifico eventi ECM a cura del
Ministero della Salute

Mostra-Convegno internazionale
di tecnologie, mezzi
e servizi per la *salute*
18-21 Aprile

Con la partecipazione di:
AIFA Agenzia Italiana del Farmaco
CNR Consiglio Nazionale delle Ricerche, Dipartimento di Medicina
FORMEZ Centro di Formazione Studi
ISPESL Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro
IPASVI - Roma
MIPAAF Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali
REGIONE LAZIO Assessorato alla Sanità

e con il Patrocinio di:
MINISTERO DELLA SALUTE
REGIONE LAZIO Assessorato alla Sanità
PROVINCIA DI ROMA Assessorato alle Politiche Sociali e per la Famiglia
COMUNE DI ROMA

Segreteria Organizzativa:
Seadam Servizi S.r.l. Via Barberini, 3 - 00187 Roma
Tel. +39.06.4817254 - Fax +39.06.42013310 - info@sanit.org

www.sanit.org **FIERA ROMA**
INGRESSO GRATUITO

Commissione Rapporti Internazionali

Istituzione sportello informativo per gli infermieri stranieri iscritti al Collegio Ipasvi di Roma

L'evoluzione a cui si è assistito e partecipato in ambito europeo ha reso indispensabile la creazione della Commissione di Studio "Rapporti Internazionali" che nasce dalla necessità di mantenere la rete di rapporti sempre più ampi creata dal Collegio Ipasvi di Roma ed inoltre anche per rispondere alle nuove esigenze: nascita di FEPI (Federazione Europea Professione Infermieristica), emergenza infermieristica e richieste di lavoro, iscrizioni al Collegio in numero crescente da parte di infermieri provenienti da altre realtà europee ed internazionali.

In questo quadro strutturale emerge, quindi, con forza, la necessità di aprire, secondo le aree di intervento già prefissate dal Collegio Ipasvi di Roma, presso la sede dello stesso Collegio, **Viale Giulio Cesare 78 -00192 - Roma, il 2° e il 4° lunedì di ogni mese, dalle ore 16,30 alle ore 18,00, a cominciare da lunedì 12/02/2007, uno sportello informativo per infermieri stranieri** che permetta una migliore conoscenza dell'ambito sanitario, delle dinamiche iscritte nel contesto sanitario pubblico e privato, degli articolati normativi riguardanti la professione infermieristica da parte dei colleghi stranieri e d'altrocanto una migliore conoscenza dei colleghi stranieri presenti nella realtà lavorativa di Roma e Provincia.

A tal proposito, sarà anche somministrato un questionario conoscitivo e di approfondimento infermieristico per sondare, con i colleghi infermieri rappresentanti delle maggiori etnicità infermieristiche, la realtà lavorativa degli infermieri stranieri ed effettuare, in tal modo, un censimento degli infermieri provenienti da altre nazionalità

iscritti al Collegio Provinciale di Roma.

Con tale iniziativa si mira ad individuare eventuali criticità e tematiche emergenti oggi per l'assistenza infermieristica, che nascono dall'inserimento di unità infermieristiche con formazione e programmi di base di altri paesi europei ed internazionali e mantenere, nel contempo, rapporti stabili con il Ministero della Salute per il riconoscimento dei titoli professionali di infermieri provenienti da altri paesi. Si cercherà, inoltre, di sviluppare rapporti di collaborazione con le associazioni professionali del settore per implementare la conoscenza sull'infermieristica transculturale e per promuovere la cultura dell'assistenza individualizzata rispetto alle specificità culturali dell'individuo. Inoltre, si potranno sviluppare proficui rapporti con le associazioni che si occupano di infermieristica transculturale e con le istituzioni infermieristiche e le associazioni a livello europeo e mondiale anche per mezzo di scambi guidati e comunicazioni a tutti i livelli.

La commissione per tali obiettivi si avvarrà di infermieri provenienti dalle culture maggiormente rappresentate nell'area urbana di Roma e Provincia.

REFERENTI:

Ausilia Pulimeno

Emanuela Tiozzo

Alessandro Stievano

Per informazioni: Lunedì dalle 16,30 alle 18,00 Alessandro Stievano - Ausilia Pulimeno - Emanuela Tiozzo - Matilde Napolano - Tel: 06 37511597
Fax: 06 45437034 - collegio@ipasvi.roma.it

Gli infermieri italiani al vertice della FEPI

Saranno gli Infermieri italiani a guidare la FEPI per i prossimi 5 anni.

La Federazione Europea delle Professioni Infermieristiche ha eletto il primo Executive Board dalla sua costituzione.

All'Italia è stato affidato un ruolo di primissimo piano nella gestione della fase di start up e di sviluppo della FEPI con l'elezione della Presidente Prof.ssa Loredana Sasso e del Segretario Generale Dr. Gennaro Rocco, Presidente del Collegio di Roma.

Vicepresidenti sono Maximo Gonzales Jurado (Presidente del Consiglio Generale dei Collegi di Spagna) e Anne Carrigy (Presidente dell'Ordine degli Infermieri di Irlanda). Tesoriera è Sandra Artur (Presidente della Federazione inglese). Membri del Comitato Direttivo sono inoltre Dragica Simunec (Presidente della Federazione croata) e Aristides Daglas (Presidente della Federazione greca).

Con questa storica novità, gli infermieri italiani, con i colleghi di Roma e della provincia in primo piano, assumono la guida della Federazione che unisce gli infermieri europei. E' un traguardo significativo per la professione, una grande opportunità per contare di più in Italia e in Europa.

I PAESI MEMBRI

Con il recente ingresso di "Ordem dos Enfermeiros", la Federazione nazionale portoghese, il numero dei Paesi aderenti alla FEPI è salito a quota 9.

L'obiettivo comune è di proteggere i cittadini europei garantendo l'eccellenza delle competenze e della pratica infermieristica, degli standard professionali, della formazione continua e dei codici deontologici.

Fanno parte della Federazione Europea delle Professioni Infermieristiche gli Ordini nazionali di: Croazia – Grecia – Irlanda – Italia – Polonia – Portogallo – Regno Unito – Romania - Spagna

IL PIANO D'AZIONE FEPI

Il piano d'azione 2007 coincide con il primo anno di attività dell'Executive Board ed è dunque di fondamentale importanza per lo sviluppo e l'entrata a regime della FEPI.

Otto gli obiettivi principali da conseguire d'intesa e con il supporto delle singole Federazioni Nazionali. Eccoli.

1 - La FEPI mira a diventare l'interlocutore principale per la regolamentazione delle Professioni Infermieristiche in Europa.

2 - Seguire meccanismi di difesa efficaci a favore della qualità dei servizi sanitari e la sicurezza del paziente.

3 - Preparare dati affidabili per l'IMI database system e scambiare expertise transnazionale sulla pratica della regolamentazione.

4 - Prendere parte ai dibattiti europei sui codici etici e la concorrenza. Il 2008 sarà l'anno del dialogo interculturale e del multilinguismo.

5 - Sostenere l'autoregolamentazione e



Da sinistra: Loredana Sasso, Sandra Arthur, Máximo González Jurado, Gennaro Rocco, Dragica _imunec, Dimitrios Skoutelis, Anne Carrigy.

l'istituzione di Consigli indipendenti laddove serve.

6 - Continuare a collaborare efficacemente con altri organismi europei ed internazionali attraverso un'azione difensiva congiunta.

7 - Valutare e diffondere esempi di buona pratica in materia di regolamentazione delle Professioni Infermieristiche provenienti da iniziative finanziate dall'UE.

8 - Garantire un flusso di informazione

e comunicazione efficiente e costante tra i vari membri della FEPI, le istituzioni dell'UE ed il cittadino.

E' un piano ambizioso ma realizzabile con il supporto di tutti gli infermieri decisi a dare una svolta alla professione sul piano dell'eccellenza, del riconoscimento e della cooperazione internazionale.

www.fepi.org

in pillole

Malattie croniche senza confini

Negli ultimi anni l'aumento del numero dei malati cronici sta creando un'emergenza per i sistemi sanitari di tutto il mondo: cardiopatie, cancro, diabete, malattie respiratorie, dell'apparato digerente, del sistema osteoarticolare e disturbi mentali sono ormai tra le cause più diffuse di sofferenza e morte. I principali fattori di rischio sono l'ipertensione arteriosa, il fumo, l'obesità e il sovrappeso, l'alcol, il colesterolo e la glicemia elevati, la sedentarietà. Si tratta di fattori modificabili grazie a interventi sull'ambiente sociale, come è stato fatto recentemente

in Italia con il divieto di fumo nei locali pubblici, e grazie a trattamenti medici come quelli con i farmaci antipertensivi. L'ultimo rapporto dell'OMS mette in luce la necessità di interventi urgenti per fermare le malattie croniche e invertirne la tendenza, offrendo suggerimenti pratici su come svolgere questi interventi a livello nazionale per rispondere efficacemente alle crescenti epidemie. Il documento si divide in quattro parti ed è incentrato sulla prevenzione delle principali malattie croniche, in particolare cardiopatie e ictus, cancro, asma e broncopneumopatia cronica ostruttiva, diabete.

Vorrei affrontare con lei, tramite la nostra rivista, alcuni problemi spesso trascurati che coinvolgono tutti quei colleghi impegnati nelle strutture sanitarie per anziani.

Mi permetto di ricordare che negli ultimi anni si sono moltiplicati i centri di assistenza a carattere geriatrico rapportati al notevole incremento demografico della popolazione anziana, con una richiesta sempre maggiore di personale infermieristico.

Già nel piano sanitario nazionale del 1986 era stata prevista una riforma che in pochi anni avrebbe riorganizzato le strutture sanitarie per anziani, ma ad oggi, dopo numerose modifiche sia a livello nazionale che regionale, non è stato ancora emanato un provvedimento definitivo e chiaro, sia per l'organizzazione del personale sia per l'erogazione delle prestazioni. (...)

Per quanto riguarda la Regione Lazio, l'ultima modifica in proposito è inserita nella Delibera di Giunta Regionale n. 24 del 14/7/2006. In sole otto pagine sono contenuti tutti i criteri (strutturali, tecnologici, prestazioni all'utenza e personale) per ottenere l'accreditamento del servizio. Tralasciando la prima parte dedicata agli standard dimensionali e ai requisiti degli ambienti, le chiedo di aiutarmi a riflettere sulla parte relativa al personale. Si stabilisce che le RSA possono ospitare da un minimo di 20 a un massimo di 80 pazienti (in casi eccezionali fino a 120); inoltre si distinguono le RSA di livello medio-basso e medio-alto in relazione al livello di gravità degli ospiti. Riporto per inciso il paragrafo

sul personale: *"La RSA deve essere in possesso del seguente personale: Infermieri Professionali in numero variabile in relazione al livello assistenziale delle RSA, con un rapporto minimo di 1 ogni 8 ospiti per il livello medio-basso e di 1 ogni 5 ospiti per il livello medio-alto, assicurando almeno la presenza di un infermiere a turno"*. Mi sembra di leggere tra le righe che nonostante i rapporti stabiliti sia sufficiente che la struttura garantisca la presenza di un IP per turno anche per ottanta pazienti, indipendentemente dal livello.

Di seguito vengono elencate le altre figure professionali previste: terapisti della riabilitazione, educatori professionali, operatori socio sanitari o figure equipollenti. Il paragrafo si conclude in questo modo: *"in relazione alla specifica connotazione delle RSA con un rapporto minimo il personale di cui sopra, fermo restando il numero complessivo, può essere articolato diversamente tra le figure professionali in rapporto alle esigenze prevalenti degli ospiti"*. Quindi, come è logico, vista la carenza di personale infermieristico, le strutture hanno facoltà di mantenere il minimo previsto per tale categoria (uno a turno, quindi 5 IP), e completare la pianta organica con le restanti figure previste, più facilmente reperibili, a minor costo e spesso con meno potere contrattuale, ovviamente a discapito dell'utenza e della professionalità infermieristica. (...).

Per concludere le chiedo di fasi portavoce nelle opportune sedi istituzionali affinché le normative future differenzino chiaramente per competenze gli standard e so-

prattutto i minimi assistenziali, allo scopo di salvaguardare le professioni sanitarie e il servizio da offrire all'utenza.

Lettera firmata

Cara Collega,
rispondo molto volentieri alla sua missiva che solleva una questione ancora avvolta da un alone di incertezza e per la quale è opportuno stabilire alcuni punti fermi. Lo faccio nel modo più sintetico possibile, considerata l'esiguità dello spazio che resta in virtù della sua lettera molto articolata e lunga.

Noto subito che manca un riferimento al dirigente infermieristico al quale è attribuita la responsabilità organizzativa. E' già questo un punto importante che va sottolineato.

Quanto alla dotazione organica, la delibera in questione prevede un rapporto minimo di 1 infermiere ogni 8 ospiti (LMB) e di 1 infermiere ogni 5 ospiti (LMA). Il rapporto con i posti letto, come specificato dalla normativa, si riferisce al personale infermieristico in turno di servizio e non a quello per formare l'organico di servizio. Ciò significa che su un nucleo di 20 posti letto di RSA di livello medio-alto potremmo avere nell'arco delle 24 ore 1 infermiere ogni 5 posti letto (2 + 2 + 1). La previsione di un infermiere per turno si riferisce esclusivamente al livello medio-

basso o a nuclei con meno di 20 posti letto, in cui deve essere assicurata comunque la presenza minima di un collega.

Va inoltre precisato che all'organico infermieristico deve essere comunque aggiunto il personale di supporto (entro due anni tutti OSS obbligatoriamente) che, per le sue funzioni tutelari e completamente dedicate all'assistenza diretta degli ospiti (non alla pulizia degli ambienti) è da considerare un valido aiuto a tempo pieno. Ne consegue che, per un nucleo di 20 posti letto in RSA di LMA, nell'arco delle 24 ore potremmo avere 2 infermieri e 2 OSS al mattino, altrettanti al pomeriggio, 1 infermiere e 1 OSS la notte. Inoltre, sono previste tutte le altre figure di riabilitazione, occupazionali ed educative ed il medico responsabile per 4 ore al giorno che dovranno occuparsi a vario titolo degli ospiti dalle 8 alle 20 e comunque almeno per le 12 ore diurne.

Dopo un attento esame della normativa, già nel dicembre scorso, il Collegio ha formato un gruppo di lavoro permanente per l'elaborazione di documenti in grado di facilitarne l'applicazione e per offrire un supporto ai colleghi che, nei vari settori e ambiti operativi, dovranno applicarla. Attualmente sono in corso riunioni e incontri per definire i settori operativi. E' interesse del Collegio monitorare nei prossimi mesi l'applicazione della norma. Per questo chiediamo a tutti gli iscritti di vigilare essi stessi all'interno delle proprie realtà operative.

in pillole

Parto puntuale e sesso

Continuare ad avere rapporti sessuali anche in fase avanzata di gravidanza renderebbe il parto più puntuale. E' il responso di una ricerca della University of Malaysia, pubblicato sulla rivista specialistica "Obstetrics & Gynecology". Lo studio ha analizzato 200 donne malesi in buona salute che hanno avuto gravidanze senza complicazioni. Queste sono state invitate a tenere un diario della loro attività sessuale dalla 36^a settimana di gravidanza fino al momento del parto. L'analisi comparata dei dati così acquisiti ha rivelato che la maggioranza delle donne che hanno partorito naturalmente (fra la 39^a e la

41^a settimana) aveva avuto rapporti sessuali (in media quattro nel periodo considerato), mentre quelle che si erano astenute avevano avuto bisogno di ricorrere all'intervento ostetrico per partorire dopo la 41^a settimana. Tuttavia, resta diffusa nella popolazione femminile l'idea che il sesso non faccia bene alla gravidanza, specie in fase terminale. Uno studio internazionale coordinato dall'OMS ha infatti registrato che il 40% delle donne nigeriane, il 45% delle donne pakistane, il 49% delle donne canadesi e più dell'80% delle donne cinesi ha espresso perplessità circa l'efficacia degli amplessi nell'induzione del parto.

L'inverno è arrivato tardi. Anche per gli infermieri. Stavolta meteo e media sono andati all'unisono. Così, proprio come per le bizzesse meteorologiche di questa strana invernata, il maltempo mediatico non ha lasciato scampo: ha scatenato gli elementi oscurando il sole che pure, per una volta, l'informazione aveva acceso sulle ragioni degli infermieri.

Non si era ancora spenta l'eco sulla prova di forza che la professione ha dato a Roma, il 12 ottobre scorso, con migliaia di colleghi in piazza ad invocare dignità, rispetto e l'Ordine professionale. L'effetto era stato scatenante. Per oltre un mese i mezzi di comunicazione avevano acceso i riflettori sulla categoria, come raramente accade. Ci è parso un sole fuori stagione. E così è stato.

Il maltempo è tornato presto, con tuoni e fulmini a rombare di nuovo sulla testa degli infermieri: dal caso Sick Girls a quello Orłowsky, fino allo "scandalo del Policlinico", un'interminabile sequenza di falsità e luoghi comuni conditi da una buona dose di confusione. Forse anche da un pizzico di malafede.

Ci mancavano solo le "ragazze malate", chissà perché mascherate da infermiere. Già, l'ennesima versione del cliché "infermiera tutta sexy". Orripilante quanto noioso ma vero. Tutto nasce lo scorso autunno dalla pole dancer del metrò di Milano. La ragazza si esibisce nei vagoni a ritmo di lap dance e scoppia il caso: ne parlano tv e giornali, finisce sulle copertine dei settimanali. Si scopre che fa parte delle "Sick Girls", un gruppo che fornisce alle agenzie pubblicitarie video, locandine, feste, corti, sessioni fotogra-

fiche e perfino conturbanti concerti dal vivo. E che minaccia un imminente sbarco in tv. Sul loro sito si definiscono "belle e cattive intriganti bambole da combattimento pronte rendere il vostro progetto il più intrigante possibile". Da qui gli sketch ammiccanti e gli strip-tease reinterpretati in chiave punk-rock che fanno il giro della rete. Non basta: anche le candid camera e una partecipazione al "Tg Hot" di "Spicy". Il tutto (s)vestite da infermiere. Un incubo! Il peggio del genere "spaghetti pin up". Successo assicurato? Sarà... ma intanto, forse anche per lo tsunami di proteste che le ha sommerse, sembrano sparite dalla circolazione.

L'accostamento mediatico fra infermiera e sesso ha ispirato anche il caso di Eva Orłowsky; anche qui mass media scatenati e assai poco rispettosi della professione infermieristica. La ex pornodiva viene assunta come infermiera di sala operatoria all'ospedale di Ovada. Tv e stampa si scatenano, servizi e interviste scorrono a fiumi. Il fil-rouge dell'infermiera supersexy e provocante non manca mai. Lei, al secolo Luisa Cavinato, evidentemente è in cerca di pubblicità. Difende la sua scelta, si impegna formalmente con il Collegio di appartenenza a non dare più scandalo, parla di passione professionale e si dice preparata. Poi però cede alle sirene dello spettacolo. Sugli schermi Rai ("Grande Notte" del 23 gennaio 2007-RaiDue) balla sinuosa per far salire la pressione a un finto paziente, su Italia Uno si concede a "Le Iene" con un'intervista verità (?), rilascia dichiarazioni a raffica ai tg e assicura: <Ho cambiato vita>. Speriamo bene.

Il caso del Policlinico, poi, ci lascia a pezzi. L'inchiesta shock de "L'Espresso"



scatena il finimondo, non solo mediatico, sull'Umberto I di Roma. Partono controlli e ispezioni in molti ospedali; i mezzi d'informazione si accaniscono, martellano implacabilmente. Piovono accuse d'ogni genere sugli infermieri ai quali vengono addebitate anche le cicche negli scantinati; della serie: chi altri sennò? E' il solito refrain: la sanità non va, dagli addosso all'infermiere. La confusione regna sovrana: ben pochi mostrano di saper distinguere tra le varie figure sanitarie, confondendole. Dura a morire anche l'idea dell'infermiere paramedico. Ignoranza e scoopismo si mescolano in un caotico tourbillon. Che pena!

Però anche bagliori di informazione corretta. Se non altro seria. E' il caso della popolare trasmissione tv di RaiTre "Report" che, nella puntata del 12 novembre scorso, propone un'inchiesta sull'esternalizzazione dei servizi ospedalieri. Al suo interno un servizio ben documentato sulle cooperative infermieristiche e sui concorsi per infermiere nella sanità pubblica. Quindi un focus sulla situazione in un grande ospedale romano. La conclusione di "Report" è che il Servizio Sanitario Nazionale non

risparmia affatto esternalizzando i servizi. Significativa anche la denuncia di un collega dipendente di una coop: <a parità di mansioni e orario, guadagno molto meno di un infermiere dipendente pubblico>. Un sasso nello stagno del silenzio.

Un'ultima segnalazione la merita il quotidiano "Il Gazzettino" che riferisce con ampio risalto di un servizio innovativo sperimentato a Treviso che vede gli infermieri protagonisti. Un progetto della Asl locale e della società partecipata dal Comune che gestisce una rete di farmacie. In ognuna di queste c'è uno spazio dedicato alle prestazioni infermieristiche specialistiche, dalle iniezioni alle medicazioni, dall'applicazione di ausili sanitari alla prenotazione di visite specialistiche, fino alla consegna on line dei referti medici. E inoltre prestazioni domiciliari effettuate da infermieri qualificati in convenzione con la società municipalizzata. L'obiettivo è trasformare le farmacie in mini presidi sanitari sul territorio, fornendo una serie di servizi che sgravino i carichi di lavoro dell'ospedale. Un bel progetto che, almeno stavolta, ha fatto notizia.

in pillole

Spermatozoi da cellule staminali

Due équipes di ricercatori inglesi e tedeschi sono riuscite a trasformare cellule staminali in cellule spermatiche attive che hanno consentito la procreazione di nati vivi. Questo eccezionale traguardo potrebbe arginare il calo dei tassi di fertilità maschile. Nei laboratori di Newcastle, Gottinga, Magonza e Giessen, i ricercatori sono riusciti a raccogliere le cellule staminali embrionali di topo, trasformarle in sperma attivo e fecondare i topi femmina. L'esperimento ha condotto alla nascita di sette piccoli, sei sopravvissuti, di cui tre con anomalie e in seguito deceduti, e tre individui sani. I risultati sono stati pubblicati dalla rivista "Developmental Cell". Lo sperma utilizzato derivava da una limita-

ta popolazione di cellule staminali spermatogeniche (Css) che si ritiene si dividano all'infinito e supportino la spermatogenesi durante tutta la vita del maschio. Impiegando topi con Css carenti o inattive, che costituiscono la causa dell'infertilità, gli studiosi hanno tentato un approccio diverso: utilizzare le cellule staminali embrionali per ottenere lo stesso risultato. I gameti risultanti sono stati iniettati negli ovuli dei topi con una tecnica di fecondazione artificiale utilizzata normalmente per gli uomini e quindi inseriti nell'addome dei topi. La ricerca suggerisce possibili applicazioni nella cura dell'infertilità e della subfertilità che si stima colpiscono rispettivamente il 2% e il 30% della popolazione maschile mondiale.

IL SITO CRESCE CON NOI

Un sito web tutto nuovo, potenziato, di più semplice e rapida consultazione. E con nuovi importanti servizi destinati a tutti gli iscritti.

Oltre ai contenuti presenti da sempre, il sito Internet del Collegio IPASVI di Roma è cresciuto ancora con l'introduzione di nuovi servizi innovativi che moltiplicano e agevolano il flusso di informazioni, l'accesso ai dati, la ricerca e lo scambio di esperienze fra colleghi.

LE RASSEGNE STAMPA

Il 2007 si è aperto con l'attivazione di una nuova area che contiene una rassegna stampa completa e aggiornata su... tutto quanto fa infermiere. E' suddivisa in cinque aree tematiche: E-Eealt, Digest, Professioni, Formazione e Lex. Viene aggiornata costantemente a cura della società "Eukra" ed è accessibile direttamente dalla homepage previa registrazione gratuita al sito.

A questo nuovo servizio, gratuito per tutti i visitatori del sito, se ne è aggiunto un altro riservato ai soli iscritti del Collegio IPASVI di Roma. Quest'ultimo comprende una speciale rassegna stampa "dedicata", con informazioni e pubblicazioni inerenti la sanità del Lazio (notizie, cronaca, concorsi, eccetera), e l'aggiornamento della newsletter via posta elettronica. Grazie a questo nuovo servizio, gli iscritti ricevono dal Collegio via posta elettronica le cinque rassegne stampa generali oltre a quella "dedicata" per il Lazio.

UNA E-MAIL TUTTA PER TE

Non hai una e-mail? Vorresti un indirizzo di posta elettronica? Nessun problema: il Collegio te ne regala uno, insieme all'accesso riservato online ai servizi dedicati a te.

Compila l'apposita domanda inserendo tutti i dati richiesti e presentala allo sportello del Collegio. Provvederemo subito ad attivare una tua e-mail completamente gratuita con l'estensione del Collegio (esempio: iltuonome@ipasvi.roma.it). Inoltre, per la tua sicurezza informatica, il Collegio fornisce la nuova e-mail abbinata corredata di protezione antivirus e antispam.



La contenzione. Il recupero della centralità della persona assistita. L'assistenza, la sicurezza.

Mario Schiavon, con introduzione di Antonio Di Pietro, Roma, Lithos, 2006.

Questa opera nasce dall'attento e lungo esercizio della professione infermieristica e della relativa docenza da parte dell'Autore che ha più volte registrato un intreccio difficile, se non inconciliabile, fra vicende umane e regole e prassi di lavoro. Queste osservazioni sono maturate in riflessioni e tradotte in materiale didattico rivolto a studenti, ma anche a lettori interessati che, quali infermieri o persone assistite, potrebbero porsi gli stessi interrogativi sui fini e i metodi dell'assistenza affrontati dall'Autore. In particolare, quale infermiere e docente, Schiavon propone riflessioni che lo hanno spesso guidato alla ricerca del giusto equilibrio per assumere la responsabilità nel assistere e nel prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo in condizioni liminali, come quelle rappresentate da un paziente assistito grazie a mezzi contenitivi. I percorsi pratici e di ricerca che la professione ha offerto all'Autore gli hanno finora consentito di riconoscere nelle forme dell'assistenza alla persona malata le finalità fondamentali della funzione dell'infermiere, meno spesso la conciliabilità fra il diritto alla salute, alla libertà e alla dignità umana anche in forme di relazione con l'assistito che apparentemente sembrerebbero negarle. Finalità dell'azione di contenzione solo apparentemente esogene sono la creazione di un ambiente di cura che favorisca la ristrutturazione

dell'io del paziente per consentirgli di raggiungere il miglior equilibrio possibile ed un certo grado d'autonomia; ma anche instaurare con il paziente una relazione di fiducia basata sulla costante presenza, non invasiva e non repressiva dell'infermiere, attribuendogli la funzione di un vero e proprio "io ausiliario", la cui azione è finalizzata anche alla prioritaria tutela della sicurezza. Perché questi obiettivi si sostituiscano a quelli tradizionali della pericolosità e della privazione di libertà associati alla contenzione, è necessario recuperare il senso di un'assistenza sanitaria costruttiva e non difensiva e riconoscerne la funzione di garanzia della sicurezza fisica



appunto, oltre che psicologica, della persona malata in condizioni di eccezionalità e di incertezza. Contesti per loro natura molto complessi, ma non per questo meno suggestivi nel viaggio teorico e pratico cui ci guida l'Autore.

Note sull'Autore

Mario Schiavon, infermiere libero professionista e docente, svolge l'attività di insegnamento delle discipline infermieristiche ed è tutor presso il Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli studi di

Trieste, sede dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 2 "Isontina". Dal 2003 ricopre l'incarico di Presidente dell'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica (ENPAPI). Dal 1990 è Presidente del Collegio Provinciale IPASVI di Gorizia. Tra le sue ultime pubblicazioni *Per una previdenza previdente. Le buone pratiche a partire dalle libere professioni* (con Marco Bernardini), Lithos, Roma, 2006.

D.A.I. Rodolfo Cotichini

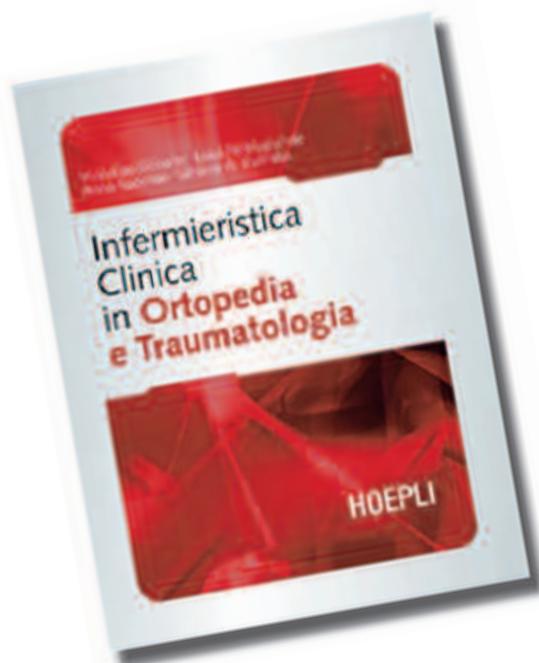
Infermieristica clinica in Ortopedia e Traumatologia

**Vincenzo Denaro,
Luca Pietrogrande, Anna Sponton,
Simona A. Barnaba**

Una trattazione completa delle patologie ortopediche e traumatologiche che, incentrata sul paziente piuttosto che sulla patologia, consente di evidenziare chiaramente la funzione dell'assistenza infermieristica e dei principi di riabilitazione. Nella prima parte del volume, la divisione in capitoli segue l'organizzazione tradizionale per patologie secondo i vari distretti corporei. La seconda parte descrive più in generale le patologie importanti, i problemi assistenziali tipici della disciplina e le procedure di uso più frequente. Numerosi riferimenti incrociati ai vari capitoli e al glossario finale permettono di risolvere rapidamente eventuali dubbi o di rinfrescare conoscenze di base. Il testo è integrato da un ricco apparato iconografico di tabelle, disegni e fotografie.

Indice. Paziente con patologia dell'arto inferiore: Anca - Coscia e gamba - Ginocchio - Caviglia e piede. Paziente con patologia dell'arto superiore: Spalla - Braccio e avambraccio - Gomito - Polso e mano. Paziente con patologia della co-

lonna vertebrale: Richiami di anatomia e diagnostica del rachide - Fratture vertebrali - Artrosi cervicale - Lombalgia. Parte generale: Assistenza infermieristica al paziente ortopedico - Il trauma come causa di malattia - Osteoporosi - Osteoartrosi - Infezioni osteoarticolari - Neoplasie delle ossa - Patologie dell'età evolutiva - La fisioterapia. Procedure. Glossario.



Rapporto medico-paziente: quale “stato di salute”? Il parere di un esperto

di *Mariarita Barberis*

Una delle qualità essenziali del medico è l’interesse per l’uomo, in quanto il segreto della cura del paziente è averne cura”.

(Dr. Francis Peabody - XIX sec.)

Il rapporto tra medico e paziente sta diventando sempre più difficile: la gente spesso si lamenta di essere trattata con distacco, superficialità da chi è deputato alla cura della salute. Un’insoddisfazione crescente sostenuta anche dal fatto che oggi la figura del paziente è mutata passando da oggetto passivo, quale era, a soggetto attivo che non si affida più passivamente alle cure, ma partecipa al processo decisionale. Questi contrasti relazionali lasciano presupporre che il progresso tecnologico-scientifico, pur avendo favorito la diagnosi e la terapia di molte malattie, si scontra con l’involuzione del rapporto interpersonale tra medico-paziente e la perdita dell’ammalato della sua individualità e connotazione umana.

Ci si chiede quindi se nell’attuale conduzione burocratica dell’assistenza sanitaria è effettivo il rischio di favorire il distacco e l’assenza del dialogo del medico dal malato e viceversa?

Al riguardo, può assumere un interessante spunto riflessivo il parere espresso da un autorevole esperto quale è il Prof. Bolis Pierfrancesco – Direttore Clinica Ostetricia e Ginecologia Università degli Studi dell’Insubria Varese, cui sono state sottoposte le seguenti domande:

DOMANDA

Diciotto secondi è il tempo, stimato da uno studio europeo, che intercorre tra l’inizio del racconto del paziente e il primo intervento del medico. Dieci, venti minuti è il tempo che, secondo l’ex ministro della Sanità Umberto Veronesi, bisognerebbe dedicare a un paziente oltre alla visita.

In questo lasso di tempo passa la palese difficoltà nella relazione medico-paziente, che oggi viene denunciata da entrambe le categorie. Una difficoltà che riguarda in particolare la comunicazione, il dialogo.

I medici a loro discolpa affermano di avere poco tempo e in quel poco tempo di voler scovare la malattia e se possibile scovare una cura. Dall’altra parte i pazienti si lamentano perché oltre a ciò vorrebbero essere considerati anche come persona e non solo come un “caso da esaminare”.

Prof. Bolis è plausibile secondo Lei un punto di contatto per rendere la relazione medico-paziente meno impersonale e più interpersonale?

RISPOSTA

Non è solo plausibile, ma doveroso che la relazione medico paziente sia meno impersonale e più interpersonale. Il “patto terapeutico” non può prescindere dalla conoscenza del Singolo Paziente che pur portatore di una patologia sovrapponibile a quella di altri pazienti vive la propria malattia con ansia, aspettative, illusioni/negazioni che sono sue peculiari.

Ciò comporta per il medico mettere in gioco non solo il suo sapere (possesto di conoscenze tecniche aggiornate) o il suo

saper fare (possesso di abilità tecniche) ma soprattutto il suo saper essere (possesso di capacità comunicative e relazionali).

DOMANDA

Tempo fa, la relazione medico-paziente era basata su un modello di tipo paternalistico, in cui il medico si assumeva completamente le responsabilità delle scelte e delle decisioni nel processo terapeutico per il bene del paziente.

Oggi nell'attuale conduzione burocratica dell'assistenza sanitaria vi è un'evoluzione verso diversi modelli relazionali, che hanno perduto le qualità essenziali del rapporto tradizionale.

Si tratta fondamentalmente del modello giurista, attento soprattutto alle problematiche di ordine medico-legale.

Secondo Lei quali sono i punti di forza e quali i punti critici tra i due tipi di modelli ?

RISPOSTA

Il modello di tipo paternalistico nella relazione medico- paziente non può più esistere in quanto il "Consenso informato" costituisce un principio indiscusso della giurisprudenza.

Esso è un diritto per il paziente ed è un dovere (anche deontologico) per il medico rappresentando il presupposto essenziale alla liceità dell'atto medico chirurgico.

Purtroppo si stanno diffondendo Consensi Informati "standard" o predefiniti per diverse patologie

(e non per diversi pazienti) con lo scopo di rendere più snelle e rapide le procedure di raccolta e nel contempo di garantire una condivisa completezza di informazione.

Questi consensi predefiniti "dicono" la verità, ma possono non "comunicare" la verità al Singolo Paziente, come è dovere del medico.

Dire e comunicare sono due termini spesso utilizzati nel lessico comune come sinonimi; ma in realtà sottendono due atteggiamenti differenti: la "comunicazione" assume infatti la connotazione di "mettere in comune" , "far partecipi ed essere partecipi di ".

Il consenso informato non deve essere quindi inteso come obbligo di ordine

medico legale, ma come mezzo per instaurare una relazione, un incontro non solo fisico ma anche fenomenologico con il Paziente.

DOMANDA

Saper ascoltare, saper farsi "recettore" di tutto ciò che un paziente "porta", saper essere "neutro", privo di pregiudizi nei confronti del paziente, saper "comunicare".

Secondo Lei il progresso tecnologico-scientifico medico, che ha favorito enormemente la medicina rendendo più agevole sia la diagnosi che la terapia di molte malattie, ha favorito anche lo sviluppo di questi "saperi" o ha portato il distacco del medico dal malato?

RISPOSTA

Il progresso tecnologico può rischiare di distaccare il medico dalla persona paziente e di farlo concentrare solo su una TAC o una ecografia.

Un tempo in assenza di tecniche di "imaging" sofisticate come quelle attuali, il medico doveva fare un'anamnesi minuziosa e questa favoriva la comunicazione. Tuttavia se il comportamento medico si attiene a quello delineato nelle prime due risposte il rischio non dovrebbe esserci.

DOMANDA

Oggi la medicina volge un occhio di riguardo alla prevenzione della salute, sia per salvaguardare il benessere psico-fisico dei cittadini e sia perché in questo modo si tende anche a limitare la spesa sanitaria, alquanto onerosa.

L'uso consapevole della relazione tra medico ed assistito oltre ad un atto di cura, rappresenta indubbiamente un terreno fertile per potenziare le misure di educazione sanitaria, incoraggiando le persone ad assumere condotte di vita più salutari.

Non pensa che lo "sforzo" comunicativo da parte del medico sia pertanto un atto dovuto e responsabile nei riguardi del singolo assistito e, più in generale, dell'intera popolazione, considerato l' altissimo ritorno a livello sociale ed economico che ne deriva?

RISPOSTA

La prevenzione della salute è compito del

medico tanto quanto la cura della malattia. I consigli sullo stile di vita (alimentazione innanzitutto) hanno ricadute fondamentali sulla prevenzione di neoplasie, sulla limitazione di patologie degenerative (ad esempio osteoporosi, malattie vascolari) e sul miglioramento della salute delle future generazioni (alcune patologie del bambino e dell'adulto hanno la loro prima causa in utero).

DOMANDA

L'uso ripetuto e ormai abituale di termini come: azienda al posto di ospedale, cliente al posto di ammalato, operatore sanitario invece che medico o infermiere, stanno sempre più influenzando l'immaginario collettivo.

Secondo Lei ciò potrebbero indurre, al di là delle migliori intenzioni, ad una visione sempre più tecnologica, e quindi materialistica, della funzione sanitaria?

RISPOSTA

L'aziendalizzazione" degli Ospedali ha il grosso merito di avere razionalizzato la degenza e la cura: Si sono diffusi interventi minivasivi che consentono un minor trauma chirurgico una degenza più breve con rapida ripresa fisica e lavorativa. Il rischio potrebbe essere quello di una valutazione eccessivamente "economica" della malattia: un aumento di interventi "molto remunerativi" anche quando non strettamente necessari per il paziente; rifiuto di interventi necessari, perché troppo costosi. Non ritengo tuttavia che questo rischio potenziale sia reale in Italia.

DOMANDA

L'emancipazione femminile è oggi un fenomeno in costante sviluppo che ha segnato dei forti cambiamenti in differenti contesti. Qual è l'approccio che la donna del terzo millennio ha con il Ginecologo?

RISPOSTA

La donna del terzo millennio non si rivolge più al ginecologo solo in caso di gravidanza o di malattia.

E' molto attenta alla prevenzione della sua salute fisica, riproduttiva, sessuale; sollecita consigli sullo stile di vita e alimentari; programma il "timing" della gravidanza nelle migliori condizioni fisiche e

psicologiche quasi pensasse, come Socrate, che "non il vivere è da tenere nel massimo conto, ma il vivere bene".

CONCLUSIONE

Un ringraziamento sincero al Prof. Bolis Pierfrancesco per la Sua squisita disponibilità e per il prezioso contributo che ha saputo dare su una tematica delicata, come quella affrontata, che richiama in auge il vissuto del paziente nell'incontro con il mondo della sanità.

Concludendo, alla luce delle considerazioni espresse dal prof. Bolis, frutto di una consolidata esperienza clinica e tenuto conto che la medicina è un work in progress, è del tutto appropriato affermare che il rapporto medico-paziente deve evolversi in sintonia con il progresso scientifico senza disumanizzare la medicina e tantomeno inaridire le caratteristiche peculiari del rapporto umano tra persone.

E' importante per il medico saper farsi da "recettore" del background emotivo-affettivo-corporeo-sociale di un paziente e nel contempo saper essere "neutro" e privo di pregiudizi. Professionalità, dialogo, disponibilità e semplicità sono in sintesi alcune tra le più importanti e preziose doti che rendono autorevole la figura del medico.

"La Medicina è un insieme armonico di tecnologia medica e antropologia medica, dove accanto all'applicazione delle scienze di base deve sussistere, con pari dignità, il rapporto interumano tra medico e paziente: un rapporto di dualità che diventa pluralità coinvolgendo medico, paziente e società" (Stagnaro S., Vecchio e Nuovo nella Scienza. Tempo medico. 315,16,67, 1989).

AUTORE

*Mariarita Barberis
Dott. in Sociologia*



Collegio Provinciale IPASVI
Roma

Concorso a 6 borse di studio per lavori di ricerca infermieristica, di cui 3 riservate a studenti infermieri

In esecuzione alla Deliberazione del Consiglio Direttivo n. 84 del 5 settembre 2006 è indetto un concorso a 6 borse di studio per lavori di ricerca infermieristica, di cui 3 riservate a studenti infermieri.

Requisiti generali e specifici

Possono partecipare al concorso gli iscritti negli albi degli Infermieri Professionali, degli Assistenti Sanitari e delle Vigilatrici d'Infanzia della provincia di Roma, nonché gli studenti dei corsi laurea per infermiere e infermiere pediatrico di Roma e provincia, anche in associazione.

Tali requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del bando di concorso. Gli studenti devono allegare al lavoro un certificato di iscrizione al corso di laurea.

Il lavoro di ricerca infermieristica deve essere originale, del tutto inedito e realizzato in una delle seguenti aree:

- Rischio clinico
- Cure Primarie
- Governo Clinico
- Modelli Organizzativi

Inoltre, per essere giudicato idoneo, il lavoro di ricerca infermieristica deve rispondere ai requisiti del metodo scientifico. Per questo una parte del lavoro deve essere dedicata alla discussione della metodologia e delle tecniche di indagine utilizzate.

Termini per la presentazione della domanda

La domanda di partecipazione al concorso, in carta semplice, dovrà essere indirizzata al Presidente del Collegio IPASVI di Roma, Viale Giulio Cesare, 78, 00192 Roma e dovrà essere presentata o pervenire entro le ore 12 del 30 settembre 2007.

La domanda si considera prodotta in tempo utile anche se spedita a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine indicato. A tal fine fa fede il timbro e la data dell'ufficio postale accettante.

Nella domanda di partecipazione dovrà essere indicato il cognome, il nome, il luogo e la data di nascita, la residenza, l'albo nel quale è iscritto o la sede universitaria frequentata, dell'autore o degli autori, nonché il domicilio e il recapito telefonico presso il quale, ad ogni effetto, deve essere data ogni necessaria comunicazione relativa al concorso.

Il Collegio IPASVI di Roma non assume alcuna responsabilità nel caso di dispersione del lavoro di ricerca infermieristica dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato, o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nel lavoro presentato, né per

eventuali disguidi postali non imputabili a colpa del Collegio stesso.

Il termine stabilito per la presentazione dei lavori di ricerca infermieristica è perentorio e pertanto non saranno presi in considerazione i lavori che, per qualsiasi ragione, non esclusa la forza maggiore, vengano presentate o spedite oltre il termine stabilito.

Alla domanda, sottoscritta dal o dai concorrenti dovranno essere allegate 3 copie del lavoro di ricerca infermieristica con il quale si intende concorrere, in formato cartaceo, e una copia in formato digitale su supporto CD.

Commissione esaminatrice

La commissione esaminatrice è composta dai membri della Commissione Ricerca Infermieristica in seno al Collegio IPASVI di Roma, presieduta dal Presidente, e viene nominata con successivo atto deliberativo.

La graduatoria e il premio

La graduatoria dei lavori idonei è formulata dalla commissione esaminatrice ed è approvata con apposito provvedimento, col quale, sulla base dei criteri indicati nell'allegato e parte integrante del presente bando, contestualmente si individuano i 6 lavori ritenuti migliori, a ciascuno dei quali si attribuisce il premio consistente in una borsa di studio di € 3.000, vincolata alla partecipazione a iniziative di formazione, aggiornamento, ricerca nel campo dell'assistenza infermieristica, e nella pubblicazione del lavoro di ricerca infermieristica.

Il presente bando viene pubblicato sulla rivista "Infermiere Oggi", organo ufficiale dei Collegi IPASVI del Lazio, e affisso presso i principali presidi delle aziende sanitarie e ospedaliere, pubbliche e private della provincia di Roma, nonché presso le sedi di corso laurea per infermieri di Roma e provincia.

Per eventuali chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi alla Commissione Ricerca Infermieristica, costituita dai Consiglieri Nicola Barbato, Maria Grazia Proietti, Alessandro Stievano, Marco Tosini, nei giorni di lunedì e giovedì, dalle 16 alle 17, presso il Collegio IPASVI di Roma, viale Giulio Cesare, 78, Roma, tel. 06/37511597

La Segretaria

D.A.I. Dott.ssa Maria Grazia Proietti

Il Presidente
D.A.I. Dott. Gennaro Rocco

Criteria e indicazioni

Fare ricerca per gli infermieri deve divenire un aspetto costitutivo della pratica assistenziale. Per questo vogliamo indicare, in linea generale, una metodologia che rappresenti ciò che il ricercatore si propone di percorrere per raggiungere i propri obiettivi.

1. le aree specifiche di interesse nascono dalla propria esperienza professionale e formativa e normalmente suscitano forte interesse e curiosità nel ricercatore. Inoltre è utile osservare criticamente ciò che viene fatto quotidianamente, ciò che viene fatto da altri colleghi in realtà diverse, leggere e confrontare la letteratura. Il bando ha individuato delle macro aree che possono rappresentare l'universo degli interessi professionali. In Ciascuna macro area è possibile individuare:

- a. gli aspetti privi di conoscenze o con conoscenze antiquate o contraddittorie in ambito infermieristico
- b. l'applicazione nella pratica di una conoscenza certificata.
- c. la verifica dell'applicabilità degli strumenti operativi accreditati in ambito sanitario
- d. La conoscenza del rischio rispetto al livello assistenziale offerto.

2. Formulare la domanda, individuare la questione è il momento più importante della ricerca. E' necessario riflettere, confrontarsi, informarsi e, nel caso, utilizzare tutte le conoscenze e interpellare gli specialisti per comprendere pienamente cosa vogliamo. Infatti il metodo della ricerca dipende in larga misura dal tipo di domanda e quindi dagli obiettivi dello studio.

- a. osservazione della propria realtà
- b. formulazione delle idee, delle domande, delle ipotesi e quindi degli obiettivi
- c. pianificazione della ricerca
- d. scritta del protocollo operativo
- e. raccolta dei dati
- f. elaborazione e interpretazione dei dati
- g. rapporto finale
- h. pubblicazione dei risultati

3. Il protocollo operativo, e' lo strumento di lavoro del ricercatore e rappresenta la formulazione del piano di ricerca. Si compone di:

- a. il titolo: sintetico, semplice, esplicito;
- b. i responsabili della ricerca
- c. l'ente o gli enti interessati
- d. l'introduzione, in cui si identifica il motivo dello studio e perché è necessario, i riferimenti bibliografici e le evidenze scientifiche
- e. gli obiettivi: pochi, chiari, ben descritti, oggettivi e di facile comprensione.
- f. Gli strumenti e i metodi: indicare i tempi, i

luoghi, i partecipanti, la popolazione di riferimento, i criteri di inclusione o esclusione, gli strumenti di rilevazione, il metodo della ricerca, i criteri di analisi dei dati.

- g. Il finanziamento: comprende il piano finanziario dello studio, i costi del materiale e delle risorse impiegate (umane e tempo).

4. Il rapporto finale della ricerca è ciò che rimane della ricerca da cui è possibile estrapolare articoli scientifici. I destinatari sono i committenti e i partecipanti allo studio. Riporta tutto ciò che è stato fatto e i risultati ottenuti. Se in parte può essere paragonato al protocollo operativo, si diversifica poiché è molto più ampio ed è destinato non al ricercatore ma alla conoscenza del pubblico professionale. Si compone di:

- a. titolo definitivo
- b. autori della ricerca, con qualifica professionale, grado di responsabilità nello studio, ente di appartenenza.
- c. riassunto/abstract, che contiene un'accurata sintesi del lavoro con l'indicazione del perché della ricerca, l'oggetto della ricerca, i metodi e gli strumenti, i risultati ottenuti, le possibili interpretazioni.
- d. introduzione, che deve individuare gli aspetti innovativi dello studio; sono indicate le ragioni e le motivazioni, le problematiche, le difficoltà e le questioni ancora aperte sullo studio, gli obiettivi della ricerca.
- e. descrizione del disegno dello studio, la cronologia delle fasi, il campo di indagine e il campione, l'area di analisi e le variabili osservate, gli strumenti per la rilevazione e l'elaborazione dei dati, la loro validità e affidabilità, i test statistici applicati.
- f. risultati, rappresentati in ordine di importanza, prima i risultati che rispondono agli obiettivi, poi quelli correlati o secondari. I risultati sono descritti con il supporto di grafici e tabelle che non devono sopperire alla descrizione.
- g. discussione: ha lo scopo di dimostrare come e in che misura i risultati ottenuti rispondano alle domande poste. E' possibile seguire uno schema che riassume brevemente i risultati, confrontare il proprio lavoro con quello fatto da altri, esprimere il significato dei risultati e valutare la misura di risposta a quanto è già stato fatto e pubblicato, esprimere eventuali limiti dei metodi impiegati, suggerire raccomandazioni e implicazioni pratiche da adottare o da cui possono scaturire ulteriori lavori di ricerca
- h. bibliografia: rappresenta il valore della ricerca rispetto all'argomento in studio. E' necessario riportare le citazioni del testo con rinvio alla lista bibliografica finale.



ipasvi.roma.it Il nuovo sito internet del Collegio

NonSoloInfermieristica

Stupisce. La cosa che stupisce di Internet è proprio il fatto di scoprire ogni giorno una cosa nuova, un sito, un blog...diverso. Diverso dagli stereotipi, dalla quotidianità dei siti che normalmente visitiamo tutti i giorni. E' proprio questa varietà che stupisce, e ci fa apprezzare questo strumento. Ho raccolto anche questa volta qualche *vera novità* in Internet, qualcuna relmente fruibile, altre meno. Buona lettura.

Accoona: <http://eu.accoona.com/it/>
Sembra strano come qualcuno possa tentare la scalata dei "motori di ricerca", considerando il colosso <Google>; ed ecco invece che una multinazionale inglese tenta proprio questo, mettendo sul mercato un nuovo sito di ricerche con alla base una nuova tecnologia: **L'intelligenza artificiale (?)**.

Citiamo testualmente: "*L'intelligenza artificiale di Accoona utilizza anche la tecnologia SuperTarget Your Search™. Ad esempio, in una richiesta di cinque parole chiave l'intelligenza artificiale di Accoona consente all'utente di evidenziare una parola chiave e ordina i risultati della ricerca dando priorità alle pagine nelle quali il significato di quella parola chiave è più importante delle altre quattro.*". Intanto l'abbiamo provato; l'impatto è identico all'esperienza provata in Google (o Clusty, Altavista, ecc...) e questo ci consola: quantomeno non disorienta. Motore ancora "acerbo", ma con molte aspettative.

ARANCIA OUTLAW <http://www.arancia.com/>

Una sorpresa davvero inaspettata, quella di trovare un "motore di ricerca forense" in internet, quasi del tutto sconosciuto. Si passa dalla *ricerca*, utile per trovare in rete repertori normativi o sentenze della

Cassazione/TAR regionali; utilissima la sezione *normativa*, che elenca suddivisa per annate, le leggi, i decreti legge/legislativi o presidenziali. Fino ad arrivare alla parte giurisprudenziale (*giurisprudenza*) che elenca in modo minuziosissimo le sentenze (anche dei TAR suddivisi per Regione) della Cassazione, del Consiglio di Stato o della Corte Costituzionale, sempre suddivise per annate. L'archivio consultabile ha uno storico a ritroso dal 2006 al 1999, mentre per la sezione *normativa*, lo storico risale fino al 1911...!!!

Da non credere la grande quantità di repertori che si riescono a trovare inerente l'Infermieristica Italiana su questo sito!

Associazione infermieri Malattie Infettive: <http://www.aimi.it/>

Per chi interessa l'argomento, può essere un sito di sicuro interesse, se non altro per la possibilità di aggregazione associazionistica. Peccato però che il sito manchi completamente di contenuti (chi siamo, cosa facciamo, link, documentazione...). Presenti solamente locandine di congressi nazionali futuri e passati.

INFERMIERI SHOP: <http://www.infermierishop.it/>

Esattamente come da titolo, è il primo sito web infermieristico italiano dove è possibile acquistare materiali e presidi di interesse ed utilizzo prettamente infermieristico e medico (oltre al vestiario a vario titolo). Forse non sarà utile a chi lavora in strutture, ma ai liberi professionisti potrebbe far comodo un e-commerce infermieristico, con consegna a domicilio...!!!

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

VIAGGIO DI STUDIO PECHINO - CHENGDE - XI' AN - SHANGHAI

"PROFESSIONAL NURSES CHINA 3/12 GIUGNO 2007"

Evento in corso di accreditamento ECM



Il Collegio Ipasvi di Roma organizza la parte scientifica del viaggio di studio infermieristico:

Sono previste visite e conferenze presso le seguenti strutture:

- School of Nursing of Beijing Medical University a Pechino,
- School of Traditional Chinese Medicine alla Chengde University,
- Xi'an Jaotong University,
- Medical Center of Fudan University a Shanghai.

Informazioni generali:

- **Le prenotazioni debbono essere effettuate presso la "Perigeo Viaggi" tel 0685301301 fax 0685515444.**
- All'atto della prenotazione dovrà essere corrisposto un acconto pari a € 800,00.
- Il saldo dovrà pervenire 20 giorni prima della partenza.

Quota individuale di partecipazione € 2.600,00

Supplemento singola € 450,00

LA QUOTA COMPRENDE:

- Voli di linea Air China,
- Tasse aeroportuali,
- Visto d'ingresso in Cina,
- Assicurazione "Ami assistance",
- Guida parlante italiano,
- Tutti trasferimenti da e per gli aeroporti,
- La sistemazione negli alberghi (lusso e 1a cat.),
- Prime colazioni all'americana in albergo,
- 5 cene a buffet, 2 cene banchetto in ristoranti di lusso, 1 cena cinese e i restanti pasti in ristoranti locali.



VIAGGIO DI STUDIO IN CINA

ORGANIZZATO DAL COLLEGIO IPASVI DI ROMA
DAL 3 AL 12 GIUGNO 2007

PECHINO - CHENGDE - XI'AN - SHANGHAI



PER INFORMAZIONI E PRENOTAZIONI

I VIAGGI DEL PERIGEO

00199 ROMA - PIAZZA CRATI, 1

TEL. 06.85301301 - FAX 06.85515444

LOREDANA GRANAI: TEL. 0773.480920 - 335.6523423