

IN CASO DI MANCATO RECAPITO RESISTITUIRE AL C.M.P.
DI VENEZIA PREVIO PAGAMENTO RESI
ORGANO UFFICIALE DEL COLLEGIO IPASVI DI VENEZIA

SPAZIO APERTO

VERSIL FUTURO



8

TRIMESTRALE N.8
ANNO VI
GENNAIO 2009
POSTE ITALIANE S.p.A.
SPEDIZIONE IN
A.P.-d.l. 353/2003
(CONV. MI 27/02/2004
N° 46) art. 1 comma 1,
DCB VENEZIA
CONTIENE I.R.

Proprietario ed editore
"Collegio provinciale
IPASVI di Venezia"
Trimestrale a carattere
scientifico.

Registrazione presso il
tribunale di Venezia n° 1448
del 23.05.2003

Finito di stampare:
febbraio 2009

Realizzato da:
Stamperia Cetid srl
via Mutinelli 9 -
Venezia Mestre
info@stamperiacetid.it

Direttore responsabile
Luigino Schiavon

**Direzione-Redazione-
Amministrazione**
P.le L. da Vinci 8 Mestre
tel. 041-5055951
fax 041-5040882
collegio@ipasvive.it
CP 98 Mestre Centro CAP
30172 Mestre, Ve

Comitato Redazionale
Schiavon Luigino, Anòè
Giovanna, Bontempi
Sergio, Boldrin Luigino,
Boscolo Maria Rosa,
Monetti Alessandro,
Masato Carlo, Biscaro
Patrizia, Labelli Elsa, De
Pieri Alessandra,
Romanato Mirco, Iannotta
Mario, Rosa Maria
Cristina, De Rossi
Micaela, Vidal Mario

Comitato Editoriale
Luigino Schiavon, Carlo
Masato.

Segreteria di redazione
La pubblicazione del
materiale è subordinata
al giudizio della
redazione. Articoli, note
e recensioni, firmati o
siglati, impegnano
esclusivamente la
responsabilità dei loro
autori.

Progetto Grafico
Carlo Masato, Sebastiano
Schiavon

n°

8
anno
VI

EDITORIALE "Un'esperienza entusiasmante" -

3

di L. Schiavon

SPECIALE TESI -

4-80

Alvise Pietramala
Elena Campanati
Cristina Capiotto
Claudia Barbirato
Corinna Zane
Maria Silvana Crivellari
Elisa Annunziata
Giuliana Favro
Federica Fersini
Giuliana Veronesi
Laura Falanga
Mariagiovanna Marchetto

Marika Bertapelle
Marta Nardo
Chiara Miotto
Sabrina Colla
Sara De Vecchi
Silvia Pasqual
Andrea Ballacchino
Barbara Tassan
Yudy Vargas loayza
Serena Zanutto
Erica Zoccolan
Sara Steffanutto

EDITORIALE

Un'esperienza entusiasmante



Lo scorso 10 dicembre, come divenuto consueto negli ultimi anni, si è tenuta la cerimonia dell'Accoglimento. Oltre alla consegna delle tessere di riconoscimento professionale dei neo-laureati è stato illustrato lo stato della professione. Un quadro complessivo di luci ed ombre; luci rappresentate da un gruppo professionale che sempre più si esprime con professionalità di ottimo livello impegnato in attività di formazione continua e che, nel contempo, sa dimostrare disponibilità ad affrontare i problemi professionali ed istituzionali con grande senso di responsabilità. Le ombre sopraggiungono quando accade che qualche Ministro della Repubblica, anziché riconoscere il ruolo e le responsabilità, generalizza le colpe definendo "fannulloni" i dipendenti pubblici, quando lo stesso ministro emana disposizioni gravi che ledono il diritto dei pazienti ad essere assistiti da infermieri che non siano costretti a lavorare anche se malati, con tutti i rischi che ciò comporta. No, non siamo d'accordo ministro Brunetta, Lei ha scelto una forma di demagogia che non ci si aspetta da chi dovrebbe governare per il bene del paese e del sistema, andando oltre alla tentazione di appoggiarsi ad infauste e pericolose generalizzazioni. Noi non ci vergogniamo di dire ai cittadini che siamo Infermieri.

Un Direttore Generale lo scorso mese di dicembre ha avuto modo di affermare che gli infermieri lavorano poco perché si formano, perché vanno in ferie, perché si ammalano, perché utilizzano dei benefici previsti dal contratto di lavoro per assistere congiunti con gravi problemi assistenziali o figli che non possono andare all'asilo nido aziendale semplicemente perché non c'è. Anche lui delineava un quadro di "infermieri fannulloni"... ha dimenticato Padoan che l'infermiere si forma perché deve garantire il massimo della professionalità e attualità e scientificità delle competenze? Che deve riposare altrimenti rischia di non essere lucido ed adeguato alle richieste operative se prevale la stanchezza? dimentica che chi utilizza il part-time comunque lavora ed è indispensabile in un sistema che nella sua organizzazione complessiva ha bisogno anche di queste risorse?

Viene da farsi una domanda: a chi giova questa campagna denigratoria? Ci piacerebbe saperlo, ma soprattutto ci piacerebbe sapere se si sta manifestando l'intenzione di privatizzare tutto, compresa la salute o, peggio, compresa la malattia.

Si ha l'impressione che questa "campagna" sarà sempre più virulenta tanto più ci si avvicinerà alle elezioni europee, amministrative, politiche; sarà allora importante per il gruppo professionale rispondere con i fatti, ben sapendo che i cittadini e i pazienti sanno con precisione quanto siamo importanti e quanto ben poco ci sia di vero in ciò che i tromboni della politica ci ascrivono.

Oltre a tutto questo, che non è poco, il Collegio sta promuovendo presso le aziende sanitarie e le varie strutture costanti interventi di valorizzazione e promozione del ruolo della professione, soprattutto quando esprime competenze avanzate, nella clinica assistenziale e nella organizzazione così come nell'area della formazione e della ricerca e dello sviluppo. Ciò senza mai dimenticare, anzi sottolineandolo costantemente, che è l'intero gruppo professionale a rivendicare maggiore attenzione e riconoscimento. Ci aspettiamo che l'università vada oltre alla promozione dei soli master in coordinamento ma attivi, quanto prima, anche master specifici per le altre aree di ambito infermieristico, senza veder penalizzato chi ha voglia di "mettersi in gioco" ma si vede costretto ad emigrare verso atenei lontani.

Non vorremmo, da ultimo, tirare senza di voi le somme del triennio che si sta chiudendo, dal momento che ognuno può giudicare ciò che è stato fatto. Ci accompagna la consapevolezza di aver tentato di dare il meglio per la professione sia all'interno delle strutture che, più in generale, nel tessuto sociale. Si sono incontrate, come in ogni ambito, molte difficoltà e talora, con rammarico, resistenze, illusioni e invidie anche interne: siamo andati avanti e questo ci viene riconosciuto dai cittadini, dagli organi istituzionali, dalle tante colleghe e colleghi che in questi anni abbiamo incontrato e ci hanno incoraggiato.

Una esperienza ancora entusiasmante che ci induce a ringraziare i componenti il Consiglio Direttivo uscente, i Revisori dei Conti e quanti, davvero molti, ci hanno dato un indispensabile aiuto e sostegno.

Luigino Schiavon

SPECIALE TESI

Alvise Pietramala
Elena Campanati
Cristina Capiotto
Claudia Barbirato
Corinna Zane
Maria Silvana Crivellari
Elisa Annunziata
Giuliana Favro
Federica Fersini
Giuliana Veronesi
Laura Falanga
Mariagiovanna Marchetto
Marika Bertapelle
Marta Nardo
Chiara Miotto
Sabrina Colla
Sara De Vecchi
Silvia Pasqual
Andrea Ballacchino
Barbara Tassan
Yudy Vargas loayza
Serena Zanutto
Erica Zoccolan
Sara Steffanutto

DISPOSITIVI DI CHIUSURA ARTERIOSA

di Alvise Pietramala

Introduzione

Questa indagine ha come scopo quello di confrontare i due principali sistemi di chiusura arteriosa di nuova generazione Angioseal e Pro-glide nei confronti della tecnica manuale, dal punto di vista dell'efficacia della sicurezza e della riduzione delle complicanze acute.

La casistica si riferisce a pazienti sottoposti ad una coronarografia in regime d'elezione e cioè interventi programmati in cui il paziente assume una terapia anticoagulante domiciliare.

Metodi

99 pazienti sono stati osservati in questo studio, con un'età compresa tra i 40 e gli 87 anni.

Lo studio è stato compiuto sia mediante una revisione della letteratura utilizzando una serie di articoli scientifici ricavati da banche dati internazionali, sia tramite un lavoro di raccolta dati consultando cartelle cliniche nei reparti di cardiologia degli ospedali di Mestre e Mirano.

Sono stati annotati dati quali età, sesso, utilizzo di anticoagulanti, tipologia di accesso arterioso utilizzato, insorgenza di complicanze acute in tempi diversi e cioè, all'uscita dalla sala emodinamica (TO), all'ingresso in reparto (T1), dopo 24 ore (T2), e la distanza che intercorre tra la rimozione dell'introduttore e l'inizio della deambulazione (T3).

L'accesso arterioso utilizzato è quello femorale, i sistemi di chiusura arteriosa utilizzati sono la tecnica manuale e i due dispositivi di nuova generazione più usati Angioseal e Pro-Glide.

Discussione

Quali sono i sistemi di chiusura arteriosa osservati in questo studio?

1-Angioseal Vascular closure device è un sistema di emostasi del sito di accesso arterioso, costituito da tre componenti completamente riassorbibili: collagene, un'ancora in acido polilattico-coglicolico e una sutura riassorbibile a serraggio automatico.

L'emostasi si ottiene per effetto meccanico dell'accoppiamento ancora-arteriotomia-collagene supportato dalle proprietà coagulanti del collagene. L'ancora viene disposta sulla parete interna del vaso mediante il sistema di rilascio che la blocca sull'arteriotomia; sulla parete esterna del vaso, esattamente in corrispondenza dell'ancora, viene rilasciato il collagene. L'ancora ed il collagene restano sovrapposti (esercitando una compressione) mediante la trazione del filo di sutura, realizzando la completa chiusura del sito di accesso. Sulla cute viene poi posizionato un cerotto sterile.

I componenti dell'Angioseal assicurano un'emostasi immediata, sono biocompatibili e vengono totalmente assorbiti in un tempo di 60-90 giorni.

Il sistema di chiusura Angioseal, è indicato nell'emostasi istantanea della puntura dell'arteria femorale in pazienti sottoposti ad indagine angiografica diagnostica o interventistica, per ottenere in tempi rapidi la capacità di deambulazione dei pazienti dopo la rimozione dell'introduttore ed il posizionamento del dispositivo.

Vantaggi:

Necessita di una lieve manovra compressiva

Rapida emostasi anche durante l'impiego concomitante di anticoagulanti e di inibitori piastrinici

Precoce mobilitazione del paziente

Riduzione del tempo di ospedalizzazione

2-Il dispositivo Pro-Glide, utilizza una sutura in monofilamento di polipropilene non assorbibile, è costituito da due componenti, il primo è il punto di sutura, il secondo è una canna che il compito di aiutare l'operatore nel posizionamento del dispositivo.

3-Il Sistema di chiusura manuale, consiste nell'esercitare dall'esterno una forza di compressione manuale sull'arteria, a distanza circa di tre dita dal foro d'ingresso della cute, (bisogna localizzare bene il percorso del vaso arterioso e durante tutto il tempo della manovra), dopo l'estrazione dell'introduttore, e mantenendola per circa mezz'ora, successivamente una volta accertata l'assenza del sanguinamento, si procede ad un bendaggio compressivo, della durata di 24 ore, in cui l'arto, deve rimanere immobile.

Svantaggi:

la manovra di compressione manuale risulta difficile in pazienti obesi

Costringe il paziente ad un'immobilità dell'arto per un intervallo di tempo variabile

Perché si utilizza prevalentemente l'arteria femorale?

Facile reperibilità

Rari spasmi

Facile manovrabilità dei cateteri

Complicanze vascolari minori

- sanguinamento esterno
- soffiatura ematica
- ematoma
- Formazione di fistola artero-venosa

Complicanze vascolari maggiori

- pseudo aneurisma
- ematoma retroperitoneale
- Embolizzazioni distali
- Endocardite settica femorale
- infezioni

L'assistenza infermieristica deve comprendere:

- Un'attività di monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente, del sito di accesso arterioso, delle condizioni periferiche come polso, pressione, ossimetria
- Interventi educativi mirati al riconoscimento di segni e sintomi associati ad eventuali complicanze possibili.

Prendendo in considerazione la deambulazione, si è visto che il tasso di insorgenza delle complicanze non è strettamente correlato al tempo di degenza a letto.

In uno studio pubblicato nel 2007 [17], è stato proposto un protocollo di gestione della rimozione dell'introduttore, e della gestione della mobilizzazione del paziente, di competenza infermieristica, qui sotto è riportata la proposta di protocollo:

1. Prima della rimozione dell'introduttore, si posiziona un ossimetro sulle dita del piede per monitorare la pulso-ossimetria.
2. Il paziente viene collegato ad un monitor per rilevare la pressione arteriosa, utilizzando una cuffia automatica
3. Viene applicata manualmente (in genere si usano il secondo ed il terzo dito della mano) una pressione sull'arteria femorale a circa 2 cm a monte del punto di accesso arterioso

4. Una volta che la pulsazione non viene percepita o viene percepita in modo debole si rimuove l'introduttore arterioso
5. La pressione digitale viene applicata per almeno altri due minuti
6. La pressione dopo questo tempo viene diminuita e applicata per altri 5 minuti
7. Si valuta la presenza o meno di complicanze quali ematomi o altro
8. Se non c'è segno di complicanze il paziente viene posizionato a letto per 60 minuti circa
9. Se non ci sono segni di complicanze acute si posiziona il paziente per altri 60 minuti in posizione di 45°
10. Se non ci sono complicanze il paziente viene portato in sedia per altre due/tre ore
11. Se non ci sono complicanze viene dimesso

Se in qualsiasi momento, si verificano complicanze si deve immediatamente applicare una compressione manuale decisa di 5-10 minuti e poi si passerà alla fase successiva.

In condizioni ideali, cioè in assenza di complicanze, in pazienti sottoposti a coronarografia in regime d'elezione possono secondo questo studio essere dimessi, in circa 4-5 ore di tempo di distanza dall'esame diagnostico.

Questo protocollo è stato utilizzato in via sperimentale su di un campione di 516 pazienti, di cui solo l'1,6% (8 pazienti su 516), hanno sviluppato complicanze acute, il più frequente è l'ematoma.

Risultati

Su un totale di 99 pazienti osservati, 40 sono stati chiusi manualmente, 37 con l'Angioseal e 22 sistema Pro-Glide; in questi tre gruppi sono state riscontrate differenze dal punto di vista delle complicanze: con la chiusura Angioseal si sono verificati 5 casi (13,5%) di ematomi, 2 casi (5,4%) di ecchimosi, con la chiusura manuale non si sono verificati casi di complicanze acute tranne un caso di sanguinamento (2,5%) dovuto probabilmente ad un'inefficace compressione da parte dell'operatore. Infine, con la chiusura Pro-Glide si sono verificati 2 casi di ematoma (9,1%) e 2 casi di ecchimosi (9,1%).

Dal punto di vista della deambulazione è stato possibile creare due piccoli gruppi di indagine, uno chiamato gruppo A (18 pazienti), i cui i pazienti hanno deambolato dopo 12 ore, mentre, l'altro gruppo, il gruppo B (19 pazienti), i pazienti hanno deambolato dopo 24 ore.

Nel gruppo A si sono verificati 2 casi di ematoma (11,1%), mentre nel gruppo B si sono verificati 3 casi di ematoma (15,8%), due casi di ecchimosi (10,5%), ed un caso di sanguinamento (5,3%)

Conclusioni

In letteratura, i nuovi sistemi di chiusura arteriosa, Angioseal e Pro-glide sono considerati due ottimi sistemi di chiusura, e sono un'ottima alternativa alla tecnica manuale.

Secondo la nostra indagine, non si può confermare questa affermazione, ma bisogna considerare i limiti della ricerca quali:

- campione numericamente scarso per questo tipo di indagine
- non considerazione di dati importanti da inserire nel campione quali, il peso, il valore esatto dell'ACT e della pressione arteriosa
- valori importanti quali la durata della compressione con la tecnica manuale

Per quanto riguarda il secondo quesito, quello relativo alla deambulazione, il tempo di permanenza a letto, non sembra influenzare più di tanto la ripresa della deambulazione, quindi probabilmente la scelta di tenere a letto una persona 24 ore in pazienti in regime d'elezione, sembra una scelta data dalla carenza di personale delle unità ospedaliere.

Il protocollo riportato in questa tesi come esempio di protocollo di lavoro già adottato da altre unità ospedaliere, estrapolato da un articolo del 2007, è una buona proposta che può essere presa in considerazione anche dalle nostre unità operative, poiché va ad anticipare i tempi di dimissione dei pazienti con minori costi di degenza, aumento del comfort, anche se con aumento delle responsabilità e di lavoro alla presa in carico iniziale da parte del personale infermieristico.

REPERIBILITA' TELEFONICA INFERMIERISTICA di Elena Campanati

INDAGINE DESCRITTIVA DEL "CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE" DI PADOVA: LA VALUTAZIONE DEL CARICO DI LAVORO NELL'ATTIVITA' DI REPERIBILITA' TELEFONICA INFERMIERISTICA.

PROBLEMA CONOSCITIVO:

In Italia ci sono pochissimi servizi di Assistenza Domiciliare o Palliativa Domiciliare specifica per i bambini strutturata come quella per gli adulti, legata alle varie aziende Socio Sanitarie; Esistono solo realtà singole con organizzazioni diverse e per questo si è voluto andare ad indagare il tipo di servizio erogato, in particolar modo della realtà di Padova che nonostante sia una realtà recente, grazie alla sua organizzazione, offre una maggior disponibilità di accesso.

OBIETTIVI CONOSCITIVI:

Gli OBIETTIVI di questo studio sono 3:

Il primo obiettivo va ad indagare la presenza di Centri di assistenza domiciliare pediatrica o palliativa domiciliare in Italia.

Successivamente, alla luce di quanto emerso dalla revisione della letteratura, si è voluto fare un'analisi organizzativa del Centro di Riferimento Regionale per le cure Palliative Pediatriche di Padova, essendo risultato l'unico Centro in Italia che fornisce un servizio di reperibilità telefonica infermieristica 24 ore su 24 per assistere i bambini con patologie croniche - inguaribili che si trovano al proprio domicilio.

Il terzo obiettivo si focalizza sull'analisi del servizio di reperibilità telefonica infermieristica del Centro di Padova osservando la procedura in tutti i suoi aspetti, quantificando il carico di lavoro infermieristico, in termini di tipo della telefonata, durata, motivazione e per verificare l'efficacia di questo tipo di servizio.

MATERIALE E METODI:

(Disegno di ricerca) Lo studio è un'indagine osservazionale con un disegno di tipo descrittivo;

(Setting) è stato effettuato presso il Centro di Riferimento Regionale per le Cure Palliative Pediatriche, del Dipartimento di Pediatria, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova. Si è svolto dal 23 Giugno e il 20 Luglio 2008.

(Strumento e Campionamento) E' stata utilizzata una griglia di osservazione (appositamente studiata e strutturata, in quanto letteratura non esistono strumenti di questo tipo) per classificare sia le telefonate che arrivano al Centro, sia quelle effettuate dall'infermiere, riguardanti la famiglia- bambino, altre strutture ed altro personale sanitario, durante l'orario di servizio normale e durante quello di reperibilità: la notte, il sabato e la domenica.

(Aspetti etici) La ricerca è stata autorizzata dal Direttore del Dipartimento di Pediatria dell'Azienda Ospedaliera di Padova. È stato garantito l'anonimato a ciascun soggetto rispetto ai dati ottenuti dalle telefonate effettuate o ricevute.

LIMITI DELLO STUDIO:

Breve periodo di osservazione delle chiamate ricevute ed effettuate dal Centro soprattutto per quanto

riguarda l'indagine delle telefonate durante la reperibilità notturna, il sabato e domenica. Non si è potuto paragonare i dati ottenuti con l'analisi delle telefonate con la letteratura in quanto non sono stati trovati Centri di Assistenza Palliativa Domiciliare che offrono una reperibilità telefonica infermieristica.

RISULTATI:

In Italia sono presenti solamente 4 Centri di Assistenza Domiciliare Pediatrica o Palliativa Domiciliare, Padova, Monza, Roma e Genova, con strutturazioni completamente diverse;

Fra queste spicca il Centro di Riferimento Regionale per le cure palliative pediatriche di Padova, che gestendo tutta la regione Veneto e prendendo in carico ogni tipo di patologia, offre una maggior disponibilità di accesso; questo è possibile grazie alla collaborazione e al coordinamento delle risorse infermieristiche già esistenti nelle varie Aziende Socio-Sanitarie ovvero gli infermieri dell'ADI per adulti.

Tabella: Principali differenze tra i Centri esistenti in Italia (all'interno della tesi vengono spiegate più dettagliatamente tutte le 4 realtà in particolar modo quella di Padova)

Inoltre, è l'unico a fornire anche un servizio di reperibilità telefonica infermieristica 24 h su 24. Questo servizio fornisce un'opportunità in più di supporto e sicurezza alla famiglia del bambino multiproblematici.

	<i>Patologie prese in carico:</i>	<i>Tipo di servizio offerto:</i>	<i>Reperibilità telefonica infermieristica 24h su 24 (7 gg su 7)</i>	<i>Reperibilità telefonica medica 24h su 24 (7 gg su 7)</i>
PADOVA	Tutti i tipi di patologie pediatriche	4 infermieri e 4 medici sono presenti in struttura dal lunedì al venerdì, dalle 08.00 alle 17.00, dopo di che rimane sempre reperibile almeno 1 infermiere e 1 medico, ogni giorno compreso sabato e domenica. Questi infermieri coordinano tutti gli altri infermieri delle aziende socio- sanitarie del Veneto. In più, assicurano accessi programmati ogni qualvolta sia necessario, soprattutto nei momenti più critici.	SI (per ogni tipo di paziente)	SI (per ogni tipo di paziente)
GENOVA	Emato-oncologiche, soprattutto in fase terminale	L'assistenza a domicilio è garantita da almeno un medico e un infermiere 5 giorni su 7 dalle 08.00 alle 16.00. In caso di pazienti terminali in situazioni critiche l'assistenza e l'intervento si estendono su base volontaria nel week-end.	NO	NO Esiste però una disponibilità tel. 24 h su 24 SOLO per bimbi in fase terminale
ROMA	Emato-oncologiche, soprattutto in fase terminale	Le figure sanitarie dell'ospedale (più 1 medico e 1 psicologo esterni dalla struttura) assicurano accessi medico-infermieristici programmati e una reperibilità di accesso 7 giorni su 7, 24 h su 24 solo per bimbi oncologici terminali.	NO	SI
MONZA	Emato-oncologiche in fase terminale	Esiste un sistema di consulenza a domicilio giornaliera, da parte di medici e infermieri del reparto di emato-oncologia. In più esiste un'associazione di volontariato (A.G.O.) che assiste bimbi oncologici soprattutto colon e urostomizzati.	NO	SI (solo per bambini in fase terminale)

co che rimane a domicilio.

Le altre realtà assistono solamente bambini oncologici, soprattutto in fase terminale, che risiedono nelle zone limitrofe all'ospedale e non forniscono assistenza telefonica infermieristica.

Dall'analisi delle 344 telefonate effettuate dal Centro e 124 telefonate ricevute, riguardanti un totale di

41 bambini presi in carico, è emerso che:

- la maggior parte delle telefonate avviene nell'orario di servizio normale (79% effettuate e 72% ricevute) le restanti avvengono durante la reperibilità, notte, sabato e domenica, non sono molte (21% effettuate e 28% ricevute), ma queste variano notevolmente in base alle situazioni cliniche dei bambini a domicilio.
- La gestione delle telefonate e la risoluzione dei relativi problemi è quasi totalmente a carico dell'infermiere (89% effettuate e 82% ricevute) e questo sottolinea la possibilità di una reale autonomia infermieristica; per le restanti telefonate (11% effettuate e 18% ricevute) c'è stato bisogno dell'intervento del medico, soprattutto nel momento in cui bisognava modificare la terapia antalgica dei bambini con patologia oncologica terminale.
- Si è andati poi ad osservare tutti gli aspetti delle telefonate: ovvero, a chi è indirizzata la telefonata e chi ha telefonato a Centro; nella maggior parte dei casi sono riguardanti: la famiglia/bambino (49% effettuate e 66% ricevute), le restanti riguardano il medico e l'infermiere reperibile, il pediatra, i distretti e altri medici x consulenze.
- (motivazione) La gran parte delle telefonate che vengono effettuate e ricevute dagli infermieri del Centro sono di tipo estemporaneo (44% effettuate e 43% ricevute), poi seguono quelle di richiesta informazioni o richiesta di risoluzione di problemi organizzativi (31% effettuate e 38% ricevute). Le restanti possono essere di tipo urgente (7% effettuate e 22% ricevute) o di sostegno psicologico. Infine, gli infermieri programmano delle telefonate da fare alle famiglie (17% effettuate) e queste hanno l'utilità di andare ad indagare periodicamente lo stato di salute generale dei bambini.
- L'esito della telefonata secondo l'infermiere è stato buono nella maggior parte delle telefonate, ovvero c'è stata la piena risoluzione del problema (80% effettuate e 79% ricevute); oppure abbastanza buono (12% sia per le effettuate che ricevute) quando la risoluzione non è stata completa e quindi si è dovuto ricorrere a nuove telefonate per risolverlo, solamente in pochi episodi l'esito non è stato buono (2% sia per le effettuate che ricevute), ovvero non c'è stata la risoluzione del problema.
- Per osservare il carico di lavoro infermieristico di questo Centro, si è osservata la durata di ogni telefonata, che poteva durare da 1 a più di venti minuti, associata al lavoro infermieristico del pre e post telefonata; da questa raccolta dati è emerso che la reperibilità telefonica infermieristica assorbe la maggior parte del tempo lavorativo. Infatti, valutando un turno lavorativo normale è emerso che la reperibilità telefonica infermieristica occupa in media 7 ore e mezza al giorno. Non è stato invece possibile valutare numericamente le ore effettive occupate fuori dell'orario diurno in quanto le telefonate di notte, il sabato e la domenica variano in base alle situazioni cliniche dei bambini.

CONCLUSIONI:

Concludendo, per i pazienti in fase terminale, con patologia cronica inguaribile (spesso assolutamente saturi ed intolleranti nei confronti dell'ospedale) il domicilio rappresenta, nella stragrande maggioranza dei casi, il luogo scelto e ideale di assistenza e cura e grazie ad adeguate cure palliative pediatriche si può garantire qualità di vita ai piccoli pazienti affetti alle loro famiglie. (OMS, 1998.) [Terri Cavaliere, MS, RNC & NNP, 2007], [A. J. Beringer, N. M. Eaton & G. L. Jones, 2007], & altri [Kevin J Yuen, Margaret M Behrnt & Christopher Jacklyn and Geoffrey K Mitchell, 2003], [Stacy S. Remke, MSW, Licsw, Joan Ramer Chrestek, MSN & CHPN, 2007], & altri Basandosi su questo principio, il Centro di Riferimento Regionale per le cure palliative pediatriche di Padova gestendo tutta la regione, prendendo in carico ogni tipo di patologia, e grazie ad un modello organizzativo diverso dagli altri centri offre una maggior disponibilità di accesso. Inoltre, il servizio di reperibilità telefonica infermieristica 24 h su 24 fornita, accresce il supporto e da maggior sicurezza alla famiglia del bambino multiproblematico che rimane a domicilio rispondendo alle richieste della famiglia/bambino in modo efficace.

Oltre a ciò, l'infermiere con questa nuova modalità assistenziale e con l'autonomia di professionista sanitario, risponde all'obiettivo principale, ovvero andare a soddisfare in modo adeguato i bisogni del bambino e della relativa famiglia.

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA

Dopo aver effettuato questo studio si vuole raccomandare agli altri Centri di inserire questo servizio di reperibilità telefonica infermieristica all'interno della loro organizzazione, in quanto esso è un servizio efficace che risolve in maniera efficiente la maggior parte dei problemi riscontrati a domicilio.

INTERVENTI POST-PARTO

di Cristina Capiotto

INTERVENTI INFERMIERISTICI NEL POST PARTO, A SOSTEGNO DEL RUOLO GENITORIALE NELLA DONNA AFFETTA DA PROBLEMI PSICHIATRICI

Il problema che motiva il lavoro di tesi origina dalla difficoltà ed inadeguatezza nella gestione del bambino durante il periodo del post parto, nella donna affetta da problemi psichiatrici. Lo scopo è rilevare quali siano i maggiori problemi incontrati nel post parto dalla donna affetta da problemi mentali, relativamente alla gestione del bambino. Si è posto il focus sull'accertamento dell'inadeguata abilità genitoriale, in che modalità essa si manifesta, quali atteggiamenti materni provoca e di conseguenza sugli interventi che l'infermiere può erogare rispetto a tale problema. E' stato effettuato uno studio esplorativo di tipo descrittivo svolto nei mesi di Luglio e Agosto 2008 attraverso un'indagine rivolta ad un campione di infermieri (in totale 42) reclutati in quattro CSM di due ASSL del Veneto (in particolare San Donà di Piave, Portogruaro, Treviso e Oderzo). Come strumento di rilevazione dati è stato utilizzato un questionario semi strutturato non validato basato sulla scorta della letteratura internazionale consultata.

Dall'analisi generale dei dati raccolti, emerge che per quanto riguarda gli interventi infermieristici rispetto all'educazione materna nella gestione del bambino, il 45% del campione fortifica le competenze e accerta l'interazione madre-bambino, il 27,3% non esegue tali interventi, il 17,2% attua visite domiciliari, il 10,3% effettua colloqui di sostegno. Gli atteggiamenti materni maggiormente riscontrati dagli infermieri sono di irresponsabilità (40,5%) e negligenza (26,2%). Inoltre risulta che nell'accertamento delle competenze materne, gli infermieri riscontrano maggiormente la non percezione e risposta ai bisogni fisici ed emozionali del figlio (90,5%), il non rispondere adeguatamente alle necessità igieniche del bambino e il non rispondere adeguatamente alle situazioni pericolose per lo stesso (entrambe all'85,7%). Dalle evidenze della letteratura e dai risultati dello studio, è stato possibile proporre alcune implicazioni per la pratica infermieristica. Innanzitutto è necessario stimolare gli infermieri a partecipare a corsi di aggiornamento specifici in ambito psichiatrico o a intraprendere la formazione post-base, dato che l'81% del campione dichiara di non avere nessuna specializzazione. Inoltre è auspicabile l'istituzione di un progetto multi disciplinare che si occupi della presa in carico durante il periodo del post parto, delle donne affette da problemi psichiatrici. E' poi importante consapevolizzare gli infermieri rispetto al ruolo di rilievo che possiedono nell'accertamento delle competenze genitoriali nel post parto in relazione a questa tipologia di paziente. Infine sarebbe utile proporre l'adozione di specifici interventi infermieristici rispetto all'educazione materna nella gestione del bambino, allo scopo di adottare una linea assistenziale condivisa rispetto agli interventi da erogare.

INTRODUZIONE TESI DI LAUREA

Il lavoro di tesi ha avuto origine dal voler approfondire un tema poco indagato, seppure di rilevanza sia sanitaria che sociale, quale l'assistenza infermieristica nel post parto alla donna affetta da problemi psichiatrici ed in particolare agli interventi erogati dall'infermiere a sostegno del ruolo genitoriale in questa specifica tipologia di paziente.

Sebbene la gravidanza e la nascita di un figlio rappresentino una delle esperienze più importanti nella vita di una donna, non bisogna dimenticare che quest'evento è influenzato sia da fattori fisici che psicologici. La malattia mentale già presente nella donna, è sicuramente una componente che influisce in maniera importante durante la gravidanza e nel periodo post parto. L'Organizzazione Mondiale della

Sanità definisce in questi termini la malattia mentale "I disordini mentali e comportamentali sono intesi come condizioni clinicamente significative caratterizzate da alterazioni del pensiero, dell'umore (emozioni) o del comportamento associate con affezioni personali e/o alterazioni funzionali. I disordini mentali e comportamentali non sono semplicemente variazioni nell'ambito della 'normalità', ma sono fenomeni chiaramente anormali o patologici". Nonostante si parli di una sorta di "compensazione" che colpisce la madre affetta da problemi psichiatrici nella gravidanza, per la quale si assisterebbe ad un periodo di maggior benessere fisico e psichico per la donna; la maggior parte di queste donne presenta problemi di non poco conto. La donna incinta affetta da problemi psichiatrici può rifiutare le cure necessarie a lei ed al feto, può non essere a conoscenza del suo stato di gravidanza perché spesso queste donne non controllano la presenza del ciclo mestruale, può non accettare o negare la presenza del feto al suo interno arrivando a percepirlo come ostile. Per quanto riguarda invece, il momento del travaglio, l'unica differenza riscontrata tra donne sane e donne con problemi psichiatrici riguarda il maggiore livello d'ansia di quest'ultime, e quindi la necessità di un maggior supporto assistenziale (Borjesson, Ruppert, Wager, e Bagedahl-Strindlund, 2006). Il periodo del post parto rappresenta il periodo di maggior difficoltà nella madre che si ritrova a dover prendersi cura del neonato, ed è proprio in questa fase che l'infermiere può intervenire maggiormente. Inoltre, donne con precedente storia di malattia psichiatrica, hanno un maggior rischio di sviluppare depressione o psicosi post parto (Howard, LM, Goss, C, Leese, M, et al., 2004).

La madre affetta da problemi psichiatrici può rifiutare il bambino, può non riuscire a scindere la figura del neonato dalla propria, può non percepire i bisogni primari del bambino e quindi non riuscire a soddisfarli, può rivelarsi insensibile o irresponsabile rispetto al comportamento genitoriale, può non riuscire a sopportare lo stress, può non essere a conoscenza di quali sono i comportamenti migliori da adottare con il figlio. Queste problematiche influiscono nella relazione madre-bambino, elemento basilare per lo sviluppo di quest'ultimo. Nei primissimi mesi di vita, durante la fase pre oggettuale, la madre ed il bambino vivono in uno stato di simbiosi, nel quale la madre diventa un tutt'uno con l'ambiente. Figli di madri affette da problemi psichiatrici possono presentare ritardi cognitivi, malattia mentale, disturbi comportamentali o affettivi, sia nei confronti della stessa che in altre persone. Un'assistenza alla madre nel periodo post parto è quindi necessaria sia per aiutare la donna nella gestione del bambino, sia per prevenire eventuali disturbi che possono colpire quest'ultimo. E' comunque importante ricordare che la maggior parte delle pazienti con schizofrenia possono allevare ed educare con successo i loro figli, se adeguatamente supportate (Coverdale, JH, McCullough, LB, & Chervenak, FA. 2004). Quest'affermazione deve essere uno stimolo per gli infermieri che si prendono cura di tali pazienti, perché l'assistenza necessaria, anche se complessa a causa delle tante variabili in gioco, può risultare efficace e offrire in molti casi un buon esito.

IMPLICAZIONI PER LA PRATICA INFERMIERISTICA

Dai risultati emersi in letteratura e dalle considerazioni sui dati raccolti ed elaborati dallo studio descrittivo effettuato, sorgono alcune proposte per la pratica infermieristica, di seguito elencate e descritte.

1) È necessario *stimolare gli infermieri a partecipare a corsi di aggiornamento specifici in ambito psichiatrico o a intraprendere la formazione post-base*, che offre ad esempio la possibilità di conseguire un master in psichiatria. Questo perché la specializzazione è ancor più indispensabile per un infermiere che assiste pazienti con problemi mentali, data la complessità e la peculiarità assistenziali richieste in quest'ambito. Questa è un'esigenza sentita e motivata anche dalla quasi totalità del campione indagato nello studio, il quale però dichiara di non avere nessuna specializzazione in merito.

L'opportunità di poter acquisire nuove conoscenze cliniche avanzate non deve essere vista dall'infermiere come un obbligo professionale, ma come un dovere morale nei confronti dell'assistito, come espresso anche dal "Patto Infermiere-Cittadino" (1996) e dalle norme del Codice Deontologico (1999).

2) E' auspicabile *l'istituzione di un progetto multi disciplinare* che si occupi della presa in carico durante il periodo del post parto, delle donne affette da problemi psichiatrici. Tale progetto oltre a promuovere la collaborazione tra diversi professionisti della salute, garantirebbe un'assistenza completa grazie all'apporto di competenze specifiche di ogni figura senza interferenze di ruolo. Dalla letteratura e dallo studio effettuato emerge che le possibili figure facenti parte del progetto sono: lo psichiatra, lo psicologo, l'o-

stetrica, l'infermiere, il neonatologo, l'assistente sociale.

3) E' importante *consapevolizzare gli infermieri rispetto al ruolo di rilievo che possiedono nell'accertamento delle competenze genitoriali nel post parto in relazione a questa tipologia di paziente*. Questo perché, oltre ai dati raccolti con lo strumento d'indagine, nei quali emerge che ben il 90,5% degli infermieri afferma di non avere tale ruolo specifico, è il Profilo professionale che specifica la figura dell'infermiere come colui che partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività, inoltre identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi (primo e secondo punto del comma n°3 art. n°1). Dalla letteratura e dallo studio effettuato si evince che l'infermiere nell'accertare l'inadeguata abilità materna deve osservare i sei seguenti fenomeni: 1. non percepire e rispondere ai bisogni fisici ed emozionali del bambino; 2. non rispondere adeguatamente alle necessità igieniche del bambini; 3. non rispondere adeguatamente all'insorgere di situazioni pericolose per il bambino; 4. inadeguata preparazione del cibo/allattamento; 5. incapacità di prendere decisioni corrette per il bambino; 6. deficit di conoscenza sullo sviluppo del bambino.

4) Sarebbe utile *proporre l'adozione di specifici interventi infermieristici rispetto all'educazione materna nella gestione del bambino*, allo scopo di adottare una linea assistenziale condivisa rispetto agli interventi da erogare. Dall'esigua quantità di materiale reperito in letteratura inerente a questo specifico argomento e dai risultati ottenuti dallo studio descrittivo effettuato, è possibile fornire degli orientamenti sulla pratica clinica rispetto a quali interventi utilizzare. I più citati sono: fortificazione delle competenze materne, accertamento dell'interazione madre-bambino, accertamento del contesto socio-ambientale, implementazione di abilità specifiche, colloqui di sostegno, visite domiciliari. Queste ultime sono le più indicate sia in letteratura, sia nella maggior parte delle risposte date nello strumento d'indagine. Indagando infatti più attentamente su quali finalità abbiano tali visite, ci si rende conto dai dati forniti dallo studio, che esse comprendono tutti gli interventi nominati precedentemente. Si arriva dunque alla conclusione che le visite domiciliari infermieristiche, se ben finalizzate, pianificate, gestite e valutate, risultano essere la modalità d'intervento più completo da effettuarsi in tali situazioni.

COMPLICANZE DEI PAZIENTI IN TAO

di Claudia Barbirato

Indagine sulla compliance dei pazienti in assistenza domiciliare in trattamento con anticoagulanti orali

Lo scopo della TAO è quello di indurre una anticoagulazione controllata in modo da prevenire la comparsa di trombosi nei pazienti a rischio. Essa richiede un monitoraggio periodico e un corretto range terapeutico del valore di INR che dovrebbe aggirarsi tra i 2.0-3.0. Solo in alcuni casi si attesta su valori diversi. Tale range dovrebbe essere mantenuto per il maggior tempo possibile della durata totale della terapia.

Per favorire questo, sempre più importanza viene data alla qualità della compliance intesa come l'adesione da parte del paziente o come in questo caso del suo caregiver alle prescrizioni mediche, farmacologiche o non farmacologiche.

Rispetto a questo, un ruolo importante è rivestito dall'infermiere quale formatore ed educatore, che è chiamato a individuare e aiutare a risolvere i problemi di compliance.

Il mio lavoro di tesi è nato durante il tirocinio clinico svolto presso l'assistenza domiciliare del distretto socio sanitario n. 3 di Mogliano Veneto dell'ULSS n. 9 di Treviso.

L'infermiera domiciliare era chiamata ad effettuare ogni mattina un elevato numero di prelievi ematochimici a domicilio del paziente, in particolare la mia attenzione si è focalizzata sui pazienti in trattamento con anticoagulanti orali che effettuavano controlli periodici dell'INR.

L'obiettivo è stato quello di valutare se, eseguire un numero elevato di controlli INR, influisce sulla compliance dei pazienti.

Successivamente sono stati formulati tre quesiti di ricerca:

1. La compliance dei pazienti varia a seconda che essi eseguano un numero di controlli INR più o meno frequenti? (considerato come intervallo congruo tra un prelievo ed un altro un lasso di tempo di 15/20 giorni)
2. Ci sono differenze nella compliance dei pazienti che hanno mediamente i valori dell'INR nel range di norma e quelli al di fuori?
3. In che modo l'attività dell'infermiere domiciliare può intervenire sulla compliance dei pazienti?

Lo studio osservazionale descrittivo ha avuto una durata di sei mesi con inizio il 1 gennaio 2008 e termine il 30 giugno 2008.

È stato selezionato un campione con i seguenti criteri di inclusione: tutti i pazienti appartenenti ai 4 comuni (Casier, Mogliano Veneto, Preganziol, Zero Branco) del distretto socio sanitario n. 3 di Mogliano Veneto che usufruiscono dell'assistenza domiciliare, in terapia con anticoagulanti orali da almeno quattro mesi e che durante il periodo di osservazione effettuavano in modo continuativo prelievi ematochimici dell'INR.

Le modalità di indagine è stata suddivisa in due fasi: nella prima sono state individuati tutti i pazienti idonei ai criteri di inclusione e ricavati per ciascun paziente i dati anagrafici e i dati riguardanti tempi e modi in cui venivano effettuati i prelievi venosi dall'infermiere domiciliare: scadenze mensili dei prelievi INR, numero di prelievi effettuati nel periodo da gennaio a giugno 2008 con la rispettiva data di esecuzione, il valore di INR per ciascun esame ematochimico. Per un totale di 1669 esami ematochimici eseguiti per 187 pazienti.

Nella seconda fase è stata consultata la letteratura per rilevare gli aspetti che caratterizzano una buona compliance utilizzati per stendere le domande guida per l'intervista. (In allegato I) È stata successiva-

mente preparata una griglia per facilitare il lavoro di analisi e di elaborazione dei dati. (In allegato II) L'intervista semistrutturata era mirata ad indagare il grado di autonomia del paziente, la presenza di un caregiver e la gestione della terapia. Essa poteva essere rivolta al paziente stesso, al suo caregiver o ad un suo familiare. Essa poteva svolgersi a domicilio del paziente, previo appuntamento, o se non possibile, direttamente al telefono.

Per studiare il campione si è scelto di dividerlo in quattro gruppi, due in base al numero di prelievi eseguiti e due in base ai valori dell'INR. Rispetto al numero di prelievi eseguiti si è scelto come parametro 12 prelievi in sei mesi questo perché secondo la letteratura sarebbe opportuno eseguire un monitoraggio dell'INR ogni 15/21 giorni. Quindi coloro che hanno effettuato un numero minore o uguale a 12 sono rientrati nel gruppo A, mentre quelli maggiore nel gruppo B. Rispetto ai valori dell'INR invece si è scelto come parametro il range terapeutico tra 2 e 3. Sono rientrati nel gruppo 1 coloro che avevano almeno il 55% degli esami in range e nel gruppo 2 quelli con meno del 54,9% degli esami in range.

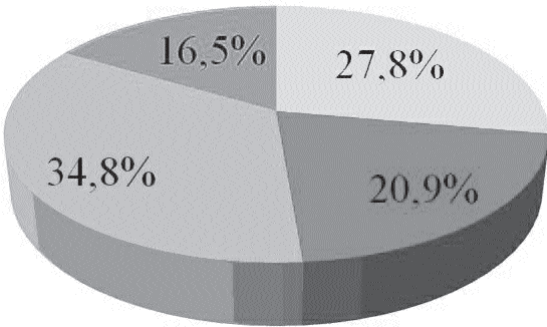


Figura 1: Percentuali dei quattro gruppi

Campione di 115 pazienti	GRUPPO A Numero di prelievi ≤ a 12	GRUPPO B Numero di prelievi > a 12
GRUPPO 1 Almeno 55% INR in range	Gruppo A1 32 Pazienti pari al 27,8%	Gruppo B1 24 Pazienti pari al 20,9%
GRUPPO 2 Meno del 54,9% INR in range	Gruppo A2 40 Pazienti pari al 34,8%	Gruppo B2 19 Pazienti pari al 16,5%

Figura 2: Suddivisione dei quattro gruppi

Su un totale di 187 nominativi in TAO presenti nei quattro comuni, sono stati isolati solamente i pazienti che hanno effettuato esami nel primo semestre 2008.

Su 187 utenti, 72 di questi sono stati esclusi dallo studio in quanto hanno iniziato o terminato la TAO durante il periodo di osservazione, e quindi non raggiungevano il requisito definito di quattro mesi continuativi di terapia.

Il campione da osservare è risultato quindi di 115 pazienti, 43 maschi e 73 femmine con un'età media di 80,7 anni. (Min 29 anni; Max 97 anni)

Non è stato possibile somministrare l'intervista all'intero campione in quanto 14 erano irraggiungibili; 10 si sono rifiutati di eseguirla per la mancata fiducia sulla veridicità dell'intervista; 9 avevano terminato la terapia; 4 sono deceduti mentre 4 erano ricoverati.

Le persone intervistate sono quindi risultate 74, di queste 10 a domicilio e 64 tramite telefonata; e in particolare a 42 caregiver, a 12 familiari e a 20 pazienti.

Dai dati raccolti emerge che i 4 gruppi sono sovrapponibili rispetto all'età, al sesso, alla patologia e alla presenza di una figura di riferimento. Soprattutto riguardo a questo aspetto è risultato che la maggior

parte dei pazienti ha al loro fianco un caregiver che li segue nella gestione della terapia. Un aspetto indagato durante l'intervista è stato quello legato al grado di autonomia del paziente e quindi se ha delle restrizioni alimentari e se le segue, se si ricorda di assumere la terapia o c'è bisogno che qualcuno gliela ricordi e se è mai avvenuta la mancata assunzione della terapia. Solo una piccola percentuale ha risposto in modo positivo. Diversi hanno dichiarato che è capitato di variare l'orario per dimenticanza ma che la dose viene assunta secondo prescrizioni nell'arco della giornata. Alla domanda se comunicano sempre l'esito al loro medico di medicina generale le risposte sono state omogenee nei quattro gruppi. Non tutti comunicano ogni volta l'esito, le motivazioni sono state pressoché simili. Comunicano solo se i valori sono fuori range perché hanno imparato a gestire da se la terapia.

In generale dunque dall'indagine emerge un'adeguata compliance in tutti i quattro gruppi. In particolare rispondendo brevemente ai quesiti di ricerca si può affermare che la compliance non sembra variare a seconda che i pazienti eseguano un numero di controlli INR più o meno frequenti. Ciò porta ad interrogarci rispetto al fatto che può essere sufficiente e necessario eseguire sì un monitoraggio attento dei valori INR, ma che si debba tener conto delle indicazioni di buona pratica e del disagio di controlli troppo frequenti per i pazienti anziani e le loro famiglie.

Anche rispetto al secondo quesito si può affermare che non si evidenziano effettive diversità nella compliance dei pazienti che hanno mediamente i valori dell'INR nel range di norma e quelli al di fuori. Questo fa pensare che, anche se i pazienti gestiscono in modo adeguato la TAO, non sempre si ha garanzia di risultato e quindi valori INR entro i range terapeutici. Ulteriori studi potranno approfondire tale aspetto.

Un dato va sottolineato ed è quello relativo al gruppo A1 corrispondente al 27,8% di pazienti che mediamente mantiene i valori INR entro i range ed eseguono i controlli dell'INR secondo la buona pratica.

Rispetto al terzo quesito tutti gli intervistati sono concordi nell'individuare l'infermiere come una figura su cui poter far riferimento grazie alle sue capacità chiarificatrici ed educative. Questo fa aprire strade future per potenziare sempre più il ruolo infermieristico.

Uno dei limiti di questo studio è che esso dà una visione parziale della situazione, in quanto ha preso in considerazione solo i pazienti in assistenza domiciliare di quattro comuni di un determinato Distretto Socio Sanitario.

Lo studio si è concentrato su una valutazione complessiva della compliance degli intervistati piuttosto di prendere in esame solo quella del paziente.

Sono necessari ulteriori studi per verificare la compliance dei pazienti in TAO che sono autosufficienti e che quindi non usufruiscono dell'assistenza domiciliare.

Gli sviluppi futuri possono tenere in considerazione se è necessario o meno riproporre controlli molto ravvicinati di INR e approfondire quali altri fattori possono influenzare la condizione di mantenimento dei valori INR entro i range terapeutici.

ALLEGATO I: DOMANDE GUIDA PER L'INTERVISTA AI PAZIENTI IN TAO

- Con chi vive?
 - Chi si occupa della gestione della terapia? Quanti anni ha?
 - Di quale patologia soffre? Da quanto tempo?
 - Che terapia le è stata prescritta per il trattamento con anticoagulanti orali? A che ora l'assume?
- Qual è il range terapeutico dell'INR a cui si attiene? Quali altri farmaci le sono stati prescritti?
- Assume regolarmente i medicinali indicati? Dimentica a volte di assumerli? Se sì, perché? Quali mezzi usa per ricordarsi di prenderli?
 - Ha restrizioni alimentari? Ha notato cibi o farmaci che alterano i valori di INR? Saprebbe riconoscere i segni d'allarme delle complicanze legate all'assunzione di anticoagulanti orali e riferirle poi al medico?
 - Chi ritira l'esito INR? Quanto tempo dopo il prelievo?
 - Comunica sempre l'esito INR al proprio MMG? Se no, perché? In che modo?
 - Riceve indicazioni sulla data del prossimo prelievo? Quanto tempo fa ha ricevuto l'ultima?

- Mi può descrivere come vengono fornite le indicazioni su eventuali cambi di dosaggio. Le ritiene di facile comprensione? Se no, chi l'aiuta ad interpretare la necessità di variazione di posologia?
- Da valutare secondo l'indice di Exton Smith anche il grado di mobilità del paziente e del suo stato mentale.
- Segnalare chi ha effettuato l'intervista e se a domicilio o per via telefonica

ALLEGATO II: GRIGLIA PER LA LETTURA DELL'INTERVISTA

Modalità intervista	telefono	domicilio	Rifiuto: perché?	
Con chi vive?	Da solo/a	Con coniuge	Con parenti	Con badante
Chi è il caregiver?	Coniuge	Badante	Figlia/o	Familiari
Quanti anni ha il caregiver?	Tra 20 e 30	Tra 30 e 50	Tra 50 e 70	> 70
Tipo di patologia	T.V.P. o ictus	Embolia polmonare	F.A. o cardioversione	Protesi valvolari biologiche o meccaniche
In trattamento con..	Coumadin	Sintrom		
Range terapeutico INR	0.88-1.14	2.0-3.0	2.5-3.5	Altro
Da quanto tempo è in TAO?	< 1 anno	Tra 1 e 3 anni	Tra 4 e 7 anni	Se oltre 8 anni specificare
Altra terapia	Antipertensivi Antiarritmici	Diuretico Ansiolitici	Antiaggreganti Antinfiammatori	Ipoglicemizzanti orali, insulina
A che ora lo prende?	Mattina	Pranzo	Pomeriggio	Dopo cena
Lo prende alla stessa ora?	sì	no		
Capita di dimenticare l'assunzione?	1 volta al mese	Capita ogni tanto	È capitato una volta	Non è mai capitato
Se sì, per quale motivo	Mi sono dimenticato	Non mi fido del farmaco	Ho deciso di saltare la dose	Altro
Quali mezzi usa per ricordarsela?	Memoria	Sveglia	Foglietto sul frigo	Altro
Segue restrizioni alimentari legate al farmaco	sì	no	Non mangio determinati cibi	Altro
Quale alimento/farmaco ha notato incidere sui valori di INR?	Verdura a foglia larga e alcuna frutta	Farmaci antinfiammatori non steroidei	Aspirina o rimedi naturali o alle erbe	Non ho notato
Saprebbe riconoscere segni di possibili complicanze di TAO?	Emottisi	gengivite	epistassi	Non saprei
Chi ritira l'esito INR?	Coniuge	Badante	Figlia/o	Familiari
Dopo quanto tempo	Giorno stesso	Il giorno dopo	Dopo 2 giorni	Più di 2 giorni
Comunica sempre l'esito INR al proprio MMG	sì	no	A volte	
Se no, perché?	Non lo trovo	valore è in limiti	Mi dimentico	Altro
Come lo comunica	Telefono	Accesso ambulat	Via email	Via fax
Le indicazioni su eventuali cambi di dosaggio sono	Orali	Scritte	molto chiare	Frettolose, difficile comprensione
Se difficili, chi l'aiuta ad interpretare la necessità di variazione di posologia?	Familiare	Parente	Infermiere domiciliare	Altro
Chi ha effettuato l'intervista	Paziente	Caregiver	familiare	Altro
Stato mentale	Lucido	Confuso	Apatico	Stuporoso
Mobilità	Normale	Legg. limitata	Molto limitata	Immobile

L'INFERMIERE VISTO DAL CITTADINO

di Corinna Zane

LA PERCEZIONE DELL'INFERMIERE DA PARTE DEL CITTADINO

LA CONOSCENZA E LA PERCEZIONE DELL'INFERMIERE DA PARTE DEL CITTADINO. UNA RICERCA ESPLORATIVA.

Lo scopo di questa indagine esplorativa è analizzare quali sono le conoscenze possedute dai cittadini sulla figura professionale dell'infermiere e sulla professione infermieristica e come vengono percepite, in base alla personale esperienza di ciascuno. Per fare questo è stato scelto un campione di 140 persone tra utenti e loro familiari dell'Unità Operativa Day Surgery dell' Ospedale "Dell'Angelo", Ulss 12, Regione Veneto. Lo strumento di indagine è stato un questionario a risposte multiple o modalità sì/no. I risultati ricavati da questo studio appaiono più positivi di quanto la letteratura disponibile avesse illustrato. Infatti il cittadino sembra percepire in modo positivo la figura dell'infermiere: descrive un professionista simpatico, sensibile, ordinato nello svolgimento delle proprie attività e che risponde in modo adeguato alle necessità dell'assistito. Gli intervistati ritengono che la professione infermieristica sia subordinata alla professione medica ma non meno prestigiosa; che sia un lavoro impegnativo e scarsamente retribuito. Il cittadino associa alla parola "infermiere" entrambi i sessi e ritiene che il professionista incontrato nella realtà di tutti i giorni non corrisponda all'infermiere conosciuto attraverso i mass media. Per quanto riguarda la conoscenza da parte dei cittadini della figura infermieristica la situazione è meno precisa: la maggioranza ritiene che non sia necessaria la laurea per esercitare la professione, la conoscenza dell'inquadramento legislativo appare piuttosto nebulosa e la maggioranza non è a conoscenza che esiste un organo di rappresentanza nazionale della professione. Pertanto, per concludere, se risulta evidente che sta avvenendo un cambiamento nella percezione che i cittadini possiedono dell'immagine dell'infermiere e degli stereotipi che molto spesso appannano questa figura non si può dire altrettanto sulla conoscenza che possiede la cittadinanza su una figura professionale che ha come target proprio i cittadini. Risulta necessario comunicare con la popolazione e illustrare il proprio ruolo. Perché se una professione sanitaria non riesce a farsi conoscere dagli stessi fruitori del servizio che essa offre, rischia di fallire, almeno in parte, il proprio scopo: fornire un'assistenza qualitativamente sempre migliore.

Revisione bibliografica

In campo sanitario una percezione positiva del servizio da parte dei suoi utilizzatori rappresenta il fattore indispensabile del buon esito dell'assistenza: l'utente ripone la sua fiducia nella struttura in quanto positivamente colpito dall'immagine che offrono di sé gli operatori, della loro professionalità e sicurezza nel lavoro. Quando le persone si rivolgono al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) sono spaventate, scoraggiate, vulnerabili, disorientate o in stato di dipendenza anche per bisogni primari. L'operatore sanitario che incontrano per primo, fin dall'accoglienza, e che molto probabilmente li accompagnerà per tutto il loro percorso assistenziale, è l'infermiere: dall'operato di questo professionista, dalle sensazioni, stereotipi ed esperienze che l'utente collega all'infermiere ne deriva una buona parte della soddisfazione, o insoddisfazione, che egli avrà per la struttura sanitaria alla quale si è affidato.

E' per questo motivo che risulta interessante indagare quali sono le sensazioni, immagini, stereotipi

che più comunemente vengono associati all'immagine dell'infermiere da parte dei cittadini/utenti sia a livello nazionale, attraverso la consultazione della letteratura scientifica italiana che a livello internazionale utilizzando studi effettuati all'estero sul medesimo argomento.

La ricerca infermieristica ha dedicato ampi studi all'immagine sociale dell'infermiere con lo scopo di analizzare come questa professione fosse concepita dalla società.

Kalisch & Kalisch (1, 2, 3), che hanno condotto tra gli anni '80 e '90 uno studio approfondito su come l'immagine dell'infermiere e dell'infermieristica è stata ritratta dai mass media, definiscono l'immagine dell'infermiere come *"la somma di credenze, idee ed impressioni che le persone hanno dell'infermiere e dell'infermieristica"*.

Da molte indagini effettuate risulta che il pubblico possiede un'immagine stereotipata dell'infermiere. Brodie ed altri autori (4, 5, 6, 7, 8) hanno raccolto uno svariato numero di percezioni riguardo l'infermieristica; tra questi: subordinazione della professione al medico, lavoro scarsamente retribuito, limitate opportunità di carriera, scarse condizioni lavorative, ruolo lavorativo essenzialmente femminile, scarsa intelligenza, istruzione scadente, lavoro principalmente manuale. Inoltre, l'immagine dell'infermiere viene spesso associata ad un ruolo lavorativo non professionale.

Schweitzer e altri autori (9) studiando l'immagine sociale dell'infermiere afferma che esistono sette categorie stereotipate: angelo di pietà (persona nobile e che si sacrifica per l'altro); segretaria privata (sottomessa al medico); eroina (coraggiosa e dedita al suo lavoro); moglie/madre (materna, passiva e domestica); oggetto sessuale (romantica, promiscua e sensuale); arrivista (intelligente e professionalmente rispettata) e burocratica (si impegna nell'organizzazione del lavoro con efficacia).

Per quanto riguarda la ricerca italiana si è riusciti a reperire un unico studio, peraltro citato in un libro (10), condotto nel 1987 effettuato in Friuli Venezia Giulia ed elaborato dai quattro collegi Ipasvi della Regione che consisteva nella ricerca degli stereotipi della professione infermieristica.

I risultati sono i seguenti: connotazione femminile della professione, basso livello di professionalità, scarsa preparazione, simbologia sessuale, sovrapposizione tra il concetto di missione e professione e subordinazione alla professione medica; pertanto sembrano sovrapponibili ai risultati ottenuti dagli studi effettuati in altri paesi e citati in precedenza.

Materiali e metodi

Studio epidemiologico esplorativo e trasversale effettuato su utenti e familiari all'interno dell'Unità Operativa (U.O.) di Day Surgery dell'Ospedale di Mestre "Dell'Angelo", Ulss 12, Regione Veneto.

Il periodo di raccolta dei dati si è esteso dal 23/06/08 al 13/07/08.

La numerosità campionaria è pari a 140 persone (60 utenti e 80 familiari).

Lo strumento di misura utilizzato per questa ricerca esplorativa è stato un questionario, autoprodotta dalla studente in quanto non sono stati reperiti in letteratura questionari che andassero a studiare il medesimo argomento. Il questionario sostanzialmente composto da tre parti: caratteristiche di chi risponde al questionario, conoscenza da parte del cittadino della figura infermieristica e percezione da parte del cittadino della figura dell'infermiere.

E' composto da 28 domande; tutte multiple o binarie ad esclusione dell'ultima che è aperta (si chiedeva un contributo personale a ciascun intervistato: scrivere, con poche parole, chi era per lui l'infermiere).

Risultati

Descrizione del campione

Il campione è composto da 140 persone (60 utenti e 80 familiari); di entrambi i sessi (45% uomini e 55% donne). Nel campione esiste almeno un rappresentante per ogni classe di età, come si vede dal grafico, ad esclusione di persone di età superiore ai 90 anni.

Il 41% degli intervistati possiede un diploma di scuola media superiore, il 31% il diploma di scuola media inferiore, il 15% ha conseguito almeno una laurea e il 14% possiede la licenza elementare.

Per quanto riguarda la professione degli intervistati il campione è così ripartito: il 64% ha un lavoro estraneo all'ambito sanitario, il 26% sono pensionati e il 12% ha rapporti di lavoro con il mondo sanita-

rio. 4 persone intervistate (il 3%) sono infermieri o infermiere. 15 persone nel campione (11%) possiedono un parente infermiere (figlio, coniuge, genitori o fratelli). Il 4% del campione svolge attività di volontariato in ambito sanitario.

Risultati dell'indagine effettuata

- Conoscenze del cittadino riguardo l'infermiere e la professione infermieristica

La maggioranza degli intervistati (49%) ritiene che per esercitare la professione infermieristica sia necessario aver conseguito il diploma di scuola media superiore; percentuale non di molto superiore ad un'altra parte del campione che sostiene che per esercitare sia necessaria la laurea (41%).

Per l'84% del campione non esiste un Albo Professionale infermieristico (contro il 16% che sostiene il contrario).

Per quanto riguarda la conoscenza sulla regolamentazione infermieristica gli intervistati non possiedono una precisa idea in merito. Infatti non vi è alcuna percentuale nettamente superiore ad altre e, nonostante la domanda offrisse la possibilità di scegliere più risposte queste sono state alquanto varie. Per esempio, 2 persone (1%) ha risposto che la regolamentazione infermieristica si compone da: leggi dello Stato, Profilo Professionale, Codice Deontologico, contratti di lavoro regionali e Servizio Sanitario Regionale. Lo stesso numero di persone (1%) sostiene che la professione infermieristica sia regolamentata da: Leggi dello Stato, contratti di lavoro e Servizio Sanitario Regionale. 20 persone (14%) hanno risposto che la regolamentazione infermieristica è regolamentata solo dal Profilo Professionale, 8 intervistati (6%) solo dalle Leggi dello Stato, 4 persone (3%) solo dal Codice Deontologico, 10 persone (10%) solo dai Contratti di Lavoro e 30 persone (21%) solo dal Servizio Sanitario Regionale.

Comunque per semplificare e tentare di riassumere questo punto si può dire che: la risposta "Leggi dello Stato" è stata scelta dal 14% del campione (come unica risposta o insieme ad altre), "Profilo Professionale" dal 25%, "Codice Deontologico" dal 10%, "Contratti di lavoro" dal 18% e il 32% ha scelto "Servizio Sanitario Regionale".

L'infermiere è tenuto a partecipare a corsi di formazione per l'81% del campione (114 persone su 140); il 19% sostiene il contrario.

- Percezione del cittadino riguardo l'immagine dell'infermiere e della professione infermieristica
 - Immagine dell'infermiere

L'infermiere percepito è un professionista simpatico (94%) e sensibile (84%); lavora con abilità e impegno (91%) ed è ordinato ed organizzato nel proprio lavoro (91%).

Per quanto riguarda il comportamento con la persona assistita il 75% degli intervistati sostiene che l'infermiere rispetta la privacy e la riservatezza; il 66% che risponde con pertinenza e in modo esauriente alle informazioni richieste e il 75% che ascolta di buon grado il paziente e che fornisce risposte adeguate alle sue esigenze.

La situazione non appare altrettanto chiara, cioè non vi è una maggioranza netta, riguardo la percezione che possiedono gli intervistati sulla soddisfazione che ha l'infermiere del proprio lavoro: il campione è esattamente diviso a metà; il 50% (70 persone) sostiene che non appare soddisfatto, l'altra metà sostiene che è soddisfatto.

Il cittadino associa alla parola "infermiere" nell'86% dei casi entrambi i sessi e una donna nel 14%. Nessuno degli intervistati associa un uomo.

Il 44% degli intervistati sostiene che rispetto a 20-30 anni fa gli infermieri sono più preparati tecnicamente contro un 1% che sostiene il contrario.

La situazione è meno netta per la disponibilità al dialogo e a fornire informazioni e consigli: il 33% ritiene che sono più disponibili ma il 10% ritiene che lo sono di meno.

13 persone (il 6%) sostiene di non aver rilevato cambiamenti significativi; 15 persone (6%) hanno risposto di essere troppo giovani per poter giudicare (effettivamente se si va a verificare quante persone del campione sono comprese tra i 18-30 anni e pertanto troppo giovani per avere una memoria storica sono 14; la 15esima persona è evidentemente qualcuno della fascia di età superiore che non si reputa-

va ugualmente in grado di giudicare).

Per quanto riguarda l'infermiere conosciuto attraverso i mass media il 69% sostiene che non corrisponde all'infermiere conosciuto nella realtà di tutti i giorni.

- Professione infermieristica

L'86% degli intervistati sostiene che sia una professione subordinata a quella medica.

La maggioranza del campione sostiene che sia un lavoro scarsamente retribuito (80%) e che sia un lavoro impegnativo e faticoso (92%).

La situazione è certamente meno netta per quanto riguarda la percezione della professione infermieristica come un lavoro meno prestigioso di quello medico: il 44% ritiene che lo sia; il 56% ritiene che non lo sia (cioè che sia una professione prestigiosa tanto quella medica).

Medesima situazione e medesima percentuale per il lavoro infermieristico percepito come missione: il 44% ritiene che lo sia; il 56% ritiene che non lo sia (cioè che sia un lavoro più che una vocazione o missione).

Discussione e conclusioni

Da quanto risulta da questa indagine l'immagine dell'infermiere appare notevolmente migliorata rispetto allo studio effettuato in Friuli Venezia Giulia nel 1987 (10) e rispetto agli studi condotti da Brodie ed altri autori (4,5,6,7,8,9).

Infatti, nonostante rimangano invariate la percezione dell'infermieristica subordinata alla professione medica e di un lavoro scarsamente retribuito, gli intervistati non associano più solo la donna al ruolo di infermiere ma entrambi i sessi (ciò significa che sta evolvendo lo stereotipo sessuale per cui l'infermieristica era un ruolo essenzialmente femminile). Il cambiamento è in atto anche per quanto riguarda la formazione di base: la maggior parte riconosce all'infermiere il diploma di scuola media superiore (49%) e una parte del campione (41%), non di troppo inferiore alla precedente, la laurea.

Punto controverso è il prestigio che riveste l'infermieristica rispetto alla professione medica: la maggior parte degli intervistati (86%) sostiene che sia subordinata alla professione medica ma anche che quest'ultima non sia più prestigiosa della professione infermieristica (56%).

Per quanto riguarda la sovrapposizione tra il concetto di missione e professione sembra che, anche in questo caso, il nodo si stia sciogliendo: infatti la maggioranza del campione ritiene che sia un lavoro più che una vocazione (56%) ma quest'ultima non supera di molto la minoranza che sostiene che sia una vocazione fare l'infermiere.

Da questa indagine ne esce un ritratto sostanzialmente positivo dell'infermiere: secondo la maggioranza è una persona simpatica, sensibile, che lavora con impegno ed organizzazione. Nei confronti della persona assistita ne rispetta la privacy, fornisce risposte adeguate alle sue esigenze e risponde in modo esauriente alla richiesta di informazioni.

Per quanto riguarda l'immagine dell'infermiere conosciuta dai cittadini su questo aspetto sono stati fatti meno progressi: la maggioranza dei cittadini non è a conoscenza dell'esistenza di un Albo

Professionale degli infermieri e ritiene che sia necessario il diploma di scuola media superiore per esercitare la professione.

Riguardo alla percezione che il cittadino possiede rispetto all'infermiere presentato dai mass media la maggioranza degli intervistati sostiene che l'infermiere incontrato nella realtà di tutti i giorni non corrisponda all'infermiere conosciuto attraverso i mass media (69%).

I mass media presentano un'immagine semplificata, e per questo stereotipata, di tutte le figure professionali; anche dell'infermiere. Se i cittadini non trovano corrispondenza significa che non riconoscono quegli stereotipi nell'infermiere presente nella realtà quotidiana e di conseguenza è ulteriormente dimostrato che sta avvenendo un'evoluzione e un cambiamento dei luoghi comuni che avvolgono questa professione.

Da quanto emerge da questo studio la percezione che il cittadino possiede dell'infermiere è buona, o comunque migliorata rispetto ai risultati reperiti attraverso la letteratura scientifica.

La conoscenza che possiedono i cittadini dell'infermiere e della professione infermieristica non appare altrettanto migliorata. Questa mancanza di consapevolezza da parte dei cittadini su cosa regola la pro-

fessione infermieristica, da chi è rappresentata la professione e quali studi è necessario per essere abilitati alla professione dovrebbe essere colmata.

I cittadini sono i diretti fruitori del servizio erogato dall'infermiere e devono possedere gli strumenti per sapere che cosa devono e possono aspettarsi da esso nel momento in cui si troveranno a passare da cittadini ad utenti.

Appare pertanto importante e necessario promuovere maggiormente, in senso positivo e costruttivo, questa figura professionale.

Un esempio potrebbe essere di esporre all'interno delle Unità Operative il Patto "infermiere - cittadino" (documento del Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi Infermieri proposto il 2 maggio 1996). Non è risolutivo ma è un passo in avanti. Inoltre si potrebbe informare la cittadinanza che esiste la "Giornata Internazionale dell'Infermiere", ricorre il 12 maggio, e dedicare questa circostanza per incontrare la popolazione ed organizzare eventi, forum oppure momenti educativi per bambini o adulti. Un'altra via percorribile potrebbe essere quella di prendere spazio nella stampa locale o nazionale, presentando articoli riguardanti esperienze professionali di infermieri in corsia, nel territorio o all'estero; parlando anche delle difficoltà che la professione incontra, del rapporto con le altre professioni sanitarie e quali sono le soddisfazioni che si possono ottenere e che si ottengono.

E' necessario imparare a comunicare con la cittadinanza, illustrare il proprio ruolo e ciò che l'infermiere può fare per migliorare l'assistenza; dimostrare la nostra "competenza distintiva" (24).

Lo status professionale si basa sul riconoscimento e prestigio che la società assegna al gruppo professionale in questione. Per fare questo è necessario che la collettività possieda una conoscenza e consapevolezza, sufficientemente esaustiva, delle caratteristiche di quella professione.

Pertanto se si vuole migliorare lo statuto professionale infermieristico bisogna attivarsi su due fronti: da una parte dimostrare con le attività e il servizio offerto il prestigio della professione (per fare questo è necessario aggiornarsi, crescere e migliorare continuamente nelle capacità non solo tecniche ma anche relazionali e di comunicazione), dall'altra comunicare con la popolazione; raccontare quali buoni risultati sono stati finora ottenuti, cosa resta da fare, come migliorare, quali sono le difficoltà che si incontrano tutti i giorni; ma soprattutto instaurare con la cittadinanza un dialogo costruttivo perché è vero che la professione deve farsi conoscere e pubblicizzare il proprio ruolo ma deve anche ascoltare e sapere che cosa i cittadini si aspettano dagli infermieri come professionisti, quali sono le problematiche che incontrano e quali sono le note positive e negative che rilevano.

Penso che questa sia l'unica strada possibile per offrire un'assistenza adeguata e in continua evoluzione, su misura del cittadino/utente che gli infermieri incontrano quotidianamente nei luoghi di cura.

IL PAZIENTE PEDIATRICO

di Maria Silvana Crivellari

LA GESTIONE INFERMIERISTICA DEL PAZIENTE PEDIATRICO NEL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ED URGENZA

Circa il 70% dei pronto soccorso italiani non hanno strutture adeguate per un'assistenza specifica ai bambini, né personale adeguatamente formato per un Triage pediatrico. Non c'è un pronto soccorso esclusivo per i pazienti pediatrici, bensì uno generico, e il personale ha difficoltà a gestire il bambino per mancanza di una struttura adeguata e di attrezzature dedicate.

L'infermiere e il personale afferente al Dipartimento di Area Critica devono gestire il bambino con mancata opportunità di formazione pediatrica.

Attraverso la creazione di un corso di formazione, l'infermiere avrebbe lo strumento per gestire il paziente pediatrico sia nell'extra territoriale sia in Pronto Soccorso.

La formazione rappresenta lo strumento di modificazione delle conoscenze e abilità, ove si realizza l'integrazione di educazione ed istruzione.

Per rilevare i bisogni si intende intervenire, con la creazione di un questionario, ho chiesto cortesemente la collaborazione degli infermieri, nel rispondere alle domande esposte nel questionario, che sarà anonimo.

Si effettuerà una valutazione, entro il 30 settembre 2009, della gestione del paziente pediatrico in emergenza ed urgenza. L'aspettativa è di riscontrare il 90% degli infermieri in grado di gestire il paziente pediatrico, inoltre renderebbe genitori e bambini capaci di supportare esperienze di Pronto Soccorso.

La mancanza degli strumenti, incide in modo rilevante su quello che è definito "*l'empowerment*". In campo psicologico il concetto di empowerment è utilizzato al fine di liberare gli individui da una condizione di *helplessness* (dipendenza) ed aiutarli ad apprendere la fiducia nelle proprie possibilità e capacità.

L'empowerment è utilizzato nell'ottica di promuovere lo sviluppo e l'apprendimento nel corso di tutta la vita.

Nell'ambito dell'educazione familiare il concetto di empowerment diventa un punto di riferimento rispetto alle potenzialità, alla capacità dei genitori di gestire le relazioni e di superare i momenti di crisi, che sono legati al ciclo di vita familiare.

L'apprendimento dell'adulto all'interno di un contesto professionale nasce da bisogni emergenti dell'esperienza personale e professionale, è legato al contesto, è attivato da situazioni problematiche, da dilemmi da incidenti critici.

La guida pedagogica OMS cita l'educazione non ha solo scopo di formare cittadini utili per la società, ma di formare cittadini capaci di creare una società migliore.

L'art. 24 della carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea è dedicata ai diritti del bambino.

L'uguaglianza è il principio che ispira il capo III della Carta.

La "carta dei diritti del bambino in ambulanza" punto di inizio del lavoro di Giorgio Patrizio Nannini e oggi testo ispiratore dell'Associazione "118 bimbi - Giorgio Patrizio Nannini". L'obiettivo del 118 bimbi è quello di essere preparati ad interagire con i bambini, intervenire perché nel momento del bisogno pos-

sano essere pronti ad agire senza alcun trauma o, comunque limitandone la portata.

Per far sì che i bambini possano rapportarsi correttamente con il dolore, non dobbiamo raccontar loro fiabe illusorie, ma trovare parole e atteggiamenti per far conoscere loro che il dolore esiste, senza che ne abbiano timori infondati.

Gli operatori, per quanto il loro ruolo lo consenta, possono porsi con un atteggiamento d'ascolto e di rispetto, impegnandosi per utilizzare al meglio gli strumenti che hanno a loro disposizione. L'importante è offrire un sostegno sincero e ragionato all'intera famiglia, superando quelle che sono le difficoltà ad approcciare al dolore degli altri.

Si va inoltre a sviluppare la consapevolezza ed autonomia dei pazienti, i quali devono essere presi come obiettivo da parte del Professionista Sanitario, secondo il modello della teorica dell'assistenza infermieristica Dorathea E. Orem.

La teoria infermieristica della Orem ruota intorno a tre concetti basilari strettamente connessi tra loro:

- Teoria dell'Autoassistenza (descrive e spiega la cura di sé);
- Teoria della mancanza dell'Autoassistenza (descrive e spiega perché le persone possono essere aiutate attraverso il nursing);
- Teoria dei sistemi infermieristici (descrive e spiega le relazioni che si devono determinare e mantenere affinché si produca il nursing).

Orem descrive l'uomo come un insieme funzionante biologicamente, simbolicamente e socialmente:

Orem ha un visione positiva dell'uomo e delle sue capacità di riflettere, di imparare e svilupparsi. Ogni essere umano è una unità complessa con caratteristiche fisiche, psichiche ed intellettuali che diventano sempre più integrate con il progredire dello sviluppo.

Per Orem gli aspetti fisici, psicologici, interpersonali e sociali della salute sono inseparabili nell'individuo, condividendo in tal modo il concetto di salute promosso dall'OMS nel 1948 che definisce la salute come "una condizione di benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità.

Orem definisce l'assistenza infermieristica come un servizio sanitario, umano e sociale in quanto soddisfa determinate necessità che si presentano nella vita quotidiana di uomini, donne e bambini. Il concetto di *nursing* è definito dall'autrice come: "uno sforzo creativo di un essere umano per aiutare un altro essere umano.

La legittimità dei ruoli di infermiere e paziente deriva da modelli sociali, da leggi che regolano la pratica dell'assistenza infermieristica e da condizioni che qualificano le persone come infermieri e pazienti in situazioni specifiche, i ruoli dell'infermiere e del paziente sono complementari in quanto entrambi i soggetti cooperano per giungere alla cura di sé.

Questo è richiesto anche dalla formazione stessa dell'Infermiere in quanto Professionista Sanitario. Tale richiesta è determinata dalla Formazione Universitaria, sancita con legge n°251/2000 "Disciplina delle professioni sanitarie, infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione nonché della professione ostetrica, art. 1 comma 1"; dal Decreto Ministeriale Sanità 14.09.1994 n°739 "Profilo Professionale dell'Infermiere" all'art. 1, comma 2 e 3, dal Codice Deontologico dell'Infermiere del 12.05.1999, il quale all'art. 4.15 afferma che "l'infermiere..... assiste la persona qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termini della vita, riconoscendo l'importanza del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale" e Patto Infermiere - Cittadino del 12 Maggio 1996 dove si evidenzia che l'infermiere rivolgendosi al paziente si impegna:

"Individuare i tuoi bisogni di assistenza, condividerli con te, proporti le possibili soluzioni, operare insieme per risolvere i problemi", "Ascoltarti con attenzione" e disponibilità quando hai bisogno", "Starti vicino quando soffri, quando hai paura, quando la medicina e la tecnica non bastano".

Gli obiettivi che ci si pone sono:

- Fornire all'infermiere attraverso la creazione di un corso di formazione lo strumento per gestire il paziente pediatrico sia nell'extra - territoriale sia in Pronto Soccorso. Partecipare ai programmi di E.C.M. è un dovere degli operatori della Sanità, richiamato anche dal Codice Deontologico, ma è anche un diritto dei cittadini, che giustamente richiedono operatori, attenti, aggiornati e sensibili. L'art. 3.1 afferma che l'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare le sue competenze.

L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, così da garantire alle persone le cure e l'assistenza più efficaci. L'infermiere partecipa alla formazione professionale, promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati, al fine di migliorare l'assistenza infermieristica.

- Favorire l'autonomia e l'Empowerment dell' Infermiere come metodo di crescita, accompagnata da una corrispondente crescita di autonomia ed assunzione di responsabilità, compito che il Professionista Sanitario è chiamato a svolgere.
- Aspirare ad una formazione che sia sempre più guidata dai criteri di qualità e di riferimento e linee guida condivise (formazione accreditata).

E' stato deciso il questionario rispetto ad altri metodi di rilevamento in quanto poteva essere autosomministrato e dunque poco influenzabile dall'operatore che lo proponeva.

Lo scopo è quello di proporre un corso di formazione rivolto agli infermieri del Pronto Soccorso fornendo lo strumento per gestire il bambino in emergenza ed urgenza. Il percorso avrebbe una ricaduta anche sui genitori perché dare un sostegno ai genitori è importante quanto dare una cura al bambino. Poca ricerca ha focalizzato il comportamento dei genitori in queste circostanze, però i bambini nelle ricerche precedenti hanno individuato che il sostegno primario viene dai genitori.

Il comportamento e i commenti dei genitori indicano l'ansia che i medici li vedano come genitori responsabili. Il comportamento dei genitori suggerisce che certi lottano contro sentimenti di colpa, altri sembrano preoccupati che l'incidente che ha provocato il ferito potesse creare un dubbio nel personale sanitario, nella loro capacità di fare i genitori. Quando ci sono delle domande che vanno oltre i sintomi, i genitori lo vedono un po' come una critica.

Spesso i genitori sono in particolare difficoltà di fronte alle paure del bambino: perché padri e madri a loro volta sono alle prese con paure analoghe, i soccorritori non sempre addestrati a trattare con i bambini.

Il 100% degli infermieri ritiene necessario una preparazione specifica alla gestione del paziente pediatrico. L'87% , riterrebbe opportuno la presenza di un supporto psicologico, per il supporto ai genitori ed al personale sanitario in presenza di casi particolari che vedono coinvolti pazienti pediatrici.

Il progetto presenta un'alta fattibilità, in relazione alle risorse economiche e all'investimento che il Dipartimento di Emergenza ed Urgenza dell'Azienda è in grado di supportare in termine di tempo e di personale addetto alla formazione.

Per portare a compimento la proposta di attivazione di un corso di formazione per il personale infermieristico che opera nel dipartimento di emergenza ed urgenza si è venuta a creare una rete di persone, che hanno collaborato in vario modo.

La sensibilità per il progetto indica la sua utilità perché nell'attuale ordinamento delle strutture sanitarie, la qualità percepita dall'utente rappresenta sempre di più un criterio di crescita della cultura gestionale. Nell'ambito degli interventi di tutela dei diritti del bambino, va posta particolare attenzione allo sviluppo delle relazioni affettive ed emotive del bambino e al mantenimento di tutte le opportunità necessarie per la sua crescita psicologica, cognitiva e sociale.

Bisognerebbe non nascondere le reazioni di fronte al dolore e alla morte ma affrontarle in un rapporto multidisciplinare nell'approccio alle persone in modo olistico e globale.

LA DISIDRATAZIONE

di Elisa Annunziata

Accertamento dello stato di disidratazione dell'ospite istituzionalizzato in Casa di Riposo, per un trattamento assistenziale mirato

Introduzione

Tra i soggetti anziani, demograficamente in continua crescita e spesso istituzionalizzati, è molto frequente una condizione di disidratazione, che determina un elevato rischio di morbidità, ospedalizzazione, nonché di mortalità.

La disidratazione è una condizione comune negli anziani sia a domicilio che in ambito residenziale (Warren JL, Bacon WE et al. 1994; Moriarty D, Hudson E, 2001) sia, per modificazioni fisiologiche dovute all'età che a condizioni ambientali e sociali. Questo fenomeno rappresenta uno dei principali rischi cui va incontro l'anziano istituzionalizzato, ancor più se autonomo, pertanto la sua assenza è anche considerata un indicatore di qualità dell'assistenza nelle strutture protette.

Nonostante questo venga sottolineato da numerosi studi in letteratura, la disidratazione continua a restare una condizione che non viene, per la maggior parte delle volte, ancora presa in carico. Il personale infermieristico non valuta sistematicamente il rischio di disidratazione nei soggetti residenti istituzionalizzati, erogando così interventi non finalizzati a prevenire l'evento, ma routinari. In letteratura tale fenomeno non è stato specificamente affrontato dal punto di vista infermieristico, pertanto, si è voluto realizzare uno studio che andasse a valutare, in una Casa di Riposo, l'effettiva realtà di tale condizione, chiarendo se ciò è legato al mancato accertamento e conseguente mancata gestione mirata e presa in carico assistenziale del rischio di disidratazione da parte degli infermieri del soggetto anziano istituzionalizzato.

Obiettivo

Identificare se esiste una relazione tra la conoscenza da parte dell'infermiere dei fattori di rischio di disidratazione e la loro gestione con un intervento assistenziale mirato, e la diminuzione o eliminazione della comparsa degli episodi di tale evento (disidratazione) nell'anziano istituzionalizzato di età ≥ 65 anni.

Metodi

È stato adottato un disegno di studio sperimentale, realizzato presso la Casa di Riposo di Portogruaro "G. Francescon" (VE), Regione Veneto, in cui sono stati inclusi tutti gli ospiti di età ≥ 65 anni. Nel campione sono stati accertati alcuni indicatori di rischio di disidratazione, attraverso quattro scale di valutazione: Barthel Index modificata, Mini Nutritional Assessment, Mini Mental State Examination e Geriatric Depression Scale e altri specifici dati clinici da osservare sull'ospite seguendo una scheda. Con una griglia di sintesi complessiva dei valori delle scale si è ottenuto un unico valore determinante il livello di rischio. La presenza del rischio di disidratazione individuato al momento del primo accertamento con un preciso punteggio, in base a range prestabiliti, prevedeva di suddividere i pazienti in due gruppi: il gruppo dei casi (55 ospiti trattati con interventi mirati al fine di ridurre/eliminare la disidratazione) e il gruppo dei controlli (56 ospiti non trattati).

Terminato il periodo degli interventi assistenziali mirati, programmati in un piano assistenziale, è stato condotto un accertamento finale con i medesimi strumenti (scale) per verificare se gli interventi attuati hanno ridotto/eliminato lo stato di disidratazione.

Risultati

Il campione reclutato è stato di 111 pazienti: a 55 di questi soggetti per 20 giorni sono stati attuati gli interventi assistenziali mirati secondo pianificazione assistenziale per la gestione del rischio di disidratazione, raccomandati dalla revisione della letteratura scientifica. Agli altri 56 soggetti, non è stato attuato nessun intervento assistenziale. Di questi la distribuzione per sesso era caratterizzata da 84 femmine (75,7%) e 27 maschi (24,3%), con età media pari a 85,9 ($\pm 1,4$) anni e la durata della loro permanenza nella residenza è risultata di media 3 ($\pm 2,6$) anni. I valori delle Scale di valutazione del rischio di disidratazione riscontrati al primo e secondo accertamento, in entrambi i gruppi, analizzati statisticamente con gli indici di associazione tra caratteri (chi quadrato, t-student) sono stati i seguenti: Geriatric Depression Scale: chi-quadrato 2.245 $p < 0.3254$; Mini Mental State Examination: chi-quadrato 5.416, $p < 0.066$; Barthel Index: chi-quadrato -, p -. Le uniche associazioni positive sono emerse dai valori rilevati con l'indice dell'MNA, tra i soggetti trattati a rischio di disidratazione e quelli non trattati (chi-quadrato 11,75 $p < 0,002$) e nell'MCFRD (chi-quadrato 15.791, $p < 0.0003$); inoltre, per quanto riguarda il genere femminile e maschile, con chi-quadrato 6.047, $p < 0.013$.

Dal campione di 55 soggetti in cui sono stati attuati gli interventi assistenziali mirati, è emerso che:

- **IDRATAZIONE AD ORARIO**: il campione ha bevuto in media 1.310 cc di liquidi al giorno.
- **RILEVAZIONE QUOTIDIANA DEGLI EDEMI DECLIVI**: controllati quotidianamente dalla scrivente; dei 55 soggetti solo 7 soggetti (12,7%) hanno presentato edemi declivi dall'inizio alla fine dell'accertamento, il restante campione, ovvero 48 soggetti (87,3%) non hanno presentato edemi declivi.
- **RILEVAZIONE DEL PESO CORPOREO OGNI TRE GIORNI**: variazioni non rilevanti.
- **RILEVAZIONE DEL PESO SPECIFICO URINARIO (STICK) OGNI SETTE GIORNI**: nel campione di 55 soggetti, in cui si attuavano gli interventi, nella prima settimana, ad avere un peso specifico superiore al range ((1,029) e quindi a rischio di disidratazione) erano 19 (34,5%); nella seconda settimana erano diventati 6 (10,9%) ed infine nella terza settimana solo 1 (1,8%). Nel gruppo di 56 soggetti, in cui non ho attuato gli interventi, nella prima settimana i soggetti con peso specifico superiore al range (1,029) erano 8 (14,3%), nella seconda settimana erano 6 (10,7%) e nella terza settimana erano ben 13 (23,2%).
- **IPODERMOCLISI (sotto prescrizione medica)**: non attuata.

Conclusioni

Per i pazienti anziani, numericamente in aumento, l'istituzionalizzazione è un evento ad alto rischio per manifestazioni di disidratazione, con ripercussioni sulla qualità di vita del singolo individuo, che vanno a determinare un elevato rischio di morbidità, ospedalizzazione, nonché di mortalità, con significative ricadute economico-sanitarie. Per questi motivi diventa irrinunciabile l'utilizzo di precisi strumenti di valutazione del rischio di disidratazione, per prevenirne, se possibile, la comparsa. Il personale infermieristico gioca un ruolo chiave nella prevenzione del rischio di disidratazione nell'anziano ?65enne istituzionalizzato, in quanto è la figura professionale principale che assiste l'utente residente in Casa di Riposo. Ne consegue che, per quanto concerne la disidratazione, è stata dimostrata con questo studio una significatività statistica solo per quanto concerne l'importanza di una corretta alimentazione e di una puntuale e rigorosa valutazione globale dell'anziano residente in Casa di Riposo (attraverso il Modello di classificazione dei fattori di rischio di disidratazione), ne deriva per l'appunto, che deve essere presa in considerazione la significatività pratica della valutazione multidimensionale dell'anziano a rischio di disidratazione, soprattutto se istituzionalizzato, perché da molti studi in letteratura è risultato essere un elemento fondamentale dell'agire infermieristico per la prevenzione del rischio di disidratazione e per la realizzazione del relativo trattamento assistenziale. Pertanto, si può affermare che il livello di idratazione del soggetto anziano istituzionalizzato, alla fine del periodo relativo all'attuazione di interventi assistenziali

mirati, basati su un Piano Assistenziale, risulti essere l'approccio più corretto per un miglioramento dello stato di idratazione, perché se non progettato ed attuato provocherebbe una parziale e incompleta assistenza dell'utente. Gli infermieri in Casa di Riposo, indipendentemente dalla conoscenza o dalla non conoscenza del rischio di disidratazione dell'anziano istituzionalizzato, devono detenere la capacità, in base alla loro esperienza clinica, di valutare in modo olistico le condizioni del soggetto anziano. Ciò permetterebbe una presa in carico multidimensionale e globale dell'anziano detenendo e governando l'intero processo assistenziale, disponendo del controllo dei livelli di funzionalità dei soggetti assistiti, ambito proprio ed esclusivo di competenza e di responsabilità dell'infermiere.

Parole chiave: anziano, anziano istituzionalizzato, disidratazione, casa di riposo, equilibrio idroelettrolitico.

ANZIANI E CADUTA INDOTTA DA FARMACI

di Giuliana Favro

Anziani e rischio di caduta indotto da farmaci.

Responsabilità o attività infermieristica di supporto e/o prevenzione

Ogni anno circa un terzo dei soggetti con più di 65 anni è vittima di una caduta e fra gli anziani istituzionalizzati la percentuale aumenta fino al 50%. Il numero di cadute aumenta con età. Cadute accidentali che provocano, una volta su dieci, lesioni importanti; riducono la lunghezza e la qualità della vita; un importante problema sanitario che implica alti costi sociali. Considerata la costante crescita della popolazione anziana, la prevenzione delle cadute diventa sempre più importante poiché una loro riduzione del 20% consentirebbe circa 27.000 ricoveri in meno in Italia all'anno con una notevole diminuzione dei costi umani ed economici. Si tratta molto spesso di pazienti fragili con una pluripatologia a cui corrisponde una polifarmacologia cioè l'assunzione di quattro o più farmaci al giorno.

L'uso di farmaci è stato oggetto di particolare attenzione da parte degli studiosi ed è riconosciuto si tratti di un rilevante fattore di rischio estrinseco. Emergono tre principali fattori di rischio: l'avere assunto più di tre farmaci, l'utilizzo di farmaci per il sistema cardiovascolare e l'utilizzo di ansiolitici soprattutto se associati. Uno studio randomizzato e controllato del 1999 ha dimostrato che la sospensione graduale dei farmaci psicotropi può essere efficace nella riduzione delle cadute.

Di fronte a tale tematica la figura dell'infermiere può assumere una valenza significativa, perché rappresenta il professionista che rileva con più facilità problematiche, errori, incapacità nella gestione delle terapie da parte del paziente. La popolazione anziana deve essere riconosciuta per le sue peculiarità, e gli infermieri devono possedere le conoscenze e le risorse necessarie per rispondere alle specifiche esigenze di questa popolazione (isolamento e assistenza individualizzata, uno degli scopi peculiari della pratica infermieristica).

Gli studi hanno dimostrato che gli effetti indesiderati da farmaci sono due volte più frequenti in media dopo i 65 anni. In Italia, la prescrizione farmacologica è propria della professione medica, ma la valutazione del paziente e degli effetti dei farmaci sono argomenti che investono tutti i professionisti sanitari. Si tratta di un problema assistenziale che può essere efficacemente affrontato proprio dall'infermiere in quanto responsabile dell'assistenza infermieristica come dichiarato dal D.M. 739/94 che detta il suo profilo professionale e che recita all'art. 1 comma 1 " (...) l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica" e stesso articolo al comma 2 si precisa che " 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". ⁽³⁸⁾

L'infermiere, risulta la figura più adatta a questo difficile compito anche per la sua costante presenza a fianco del paziente.

Esistono interventi realizzabili dall'infermiere, atti a ridurre il rischio di caduta indotto da farmaci?

La prevenzione dei rischi delle cadute si pone tra gli obiettivi principali della cura del paziente soprattutto se istituzionalizzato o solo a domicilio.

Da uno studio sulle prescrizioni di farmaci psicotropi in case di cura è emerso che il 32% delle prescrizioni riguardano farmaci ansiolitici. Sono stati documentati diversi problemi, legati all'uso di questi far-

maci, per i pazienti anziani, tra cui inadeguata valutazione clinica, eccessiva prescrizione, e alterazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche. Il metabolismo dei farmaci a livello del fegato può essere rallentato nell'anziano e la riduzione della clearance renale, soprattutto se accompagnate da disidratazione rallenta l'eliminazione del farmaco; La maggiore sensibilità degli anziani alle benzodiazepine è correlata alle alterazioni dei recettori del SNC. E' probabile che i recettori delle benzodiazepine nel cervello diventino più sensibili, provocando una maggiore sedazione, instabilità, cadute, deficit cognitivo, danno intellettuale e cognitivo, disturbi del sonno, in misura maggiore in pazienti benzodiazepina-dipendenti, che usano le benzodiazepine per un lungo periodo. Il rischio di caduta appare più elevato negli anziani che assumono neurolettici, benzodiazepine, antidepressivi triciclici, inibitori della ricaptazione della serotonina, anticonvulsivanti e antiaritmici di classe IA soprattutto se tali farmaci sono associati. Diviene pertanto necessario valutare la terapia assunta da questa popolazione di pazienti. Emerge che molto spesso il numero di farmaci assunti dagli anziani potrebbe essere ridotto poiché vi sono duplicazioni della terapia, evidenziando che il solo modo per ridurre effetti avversi e cadute in questa classe di popolazione è la revisione e pianificazione del trattamento farmacologico. Molti anziani assumono farmaci non sempre necessari o non sempre i farmaci a loro prescritti sono assunti in maniera corretta e assumere più farmaci aumenta le possibilità di effetti collaterali, tossicità ed interazioni dannose. Non tutte le reazioni avverse ai farmaci possono essere evitate ma alla base della prevenzione vi deve essere la conoscenza anche da parte degli infermieri di quali siano i farmaci maggiormente responsabili della loro comparsa e quindi attuare misure per ridurre la loro presenza. Non è però sufficiente valutare i farmaci solo all'ammissione del paziente sia che si tratti di ricovero ospedaliero, casa di cura o ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) ma, come riportato dalle linee guida, essi vanno riesaminati frequentemente e limitate le associazioni di farmaci.

Anche il rapporto che l'anziano possiede con i farmaci ha una sua valenza nel determinare il rischio. Problemi di deglutizione, manualità, comprensione, vista e memoria possono comportare doppia assunzione o assenza della stessa con inevitabili conseguenze anche in termini di rischio di caduta.

Un'altra situazione che merita d'essere osservata accanto alla polifarmacologia e alla polipatologia, in un paziente anziano, è la presenza di più medici specialisti che "vedono" il paziente.

Alla luce di queste considerazioni, il ruolo dell'infermiere, diventa fondamentale per un lavoro di prevenzione e tutela. L'infermiere infatti possiede, in quanto professionista sanitario, le competenze di base della farmacodinamica e farmacocinetica, fra l'altro alterate dalla senilità, che modificano gli effetti attesi e quelli collaterali nei pazienti anziani. L'attività assistenziale che compie quotidianamente lo pone in una posizione privilegiata nei confronti di questa tipologia di pazienti in special modo nelle case di riposo in cui la presenza del medico è prevista solo alcune ore la settimana, o in ambito domiciliare; ciò gli consente di avere una presa in carico totale e quindi di valutare le condizioni fisiche e cognitive dell'anziano e le eventuali alterazioni.

Compito dell'infermiere, oltre ad aiutare la persona a prendere coscienza e consapevolezza della necessità di una buona gestione della terapia e alla somministrazione puntuale e corretta dei farmaci, attraverso l'educazione per favorire l'autogestione in un processo di apprendimento non solo di tipo cognitivo, ma anche gestuale, è il monitoraggio degli effetti collaterali. È estremamente importante stabilire un rapporto fiduciario tra il malato e gli operatori sanitari incaricati della sua cura e della sua assistenza. La letteratura evidenzia la specificità dell'infermiere il quale riesce ad instaurare un rapporto più immediato e più diretto col paziente; è la figura professionale che, meglio di altre, può intervenire in questa catena terapeutica, fornendo al medico le informazioni necessarie sul paziente, affinché si possa calibrare la terapia anche sulle effettive abilità e livello cognitivo di quest'ultimo. In più egli, operando direttamente con il paziente, può esercitare quel ruolo educativo che gli è proprio, aiutandolo a gestire correttamente la terapia e fornendogli anche tutte le informazioni utili per evitare le ADR.

L'educazione deve tendere, per quanto possibile, al sostegno del paziente, inteso come promozione dell'autonomia e a rendere il paziente responsabile del proprio regime terapeutico e della gestione dello stesso.

Sono possibili alternative all'uso dei farmaci?

I massaggi, l'uso di medicina naturale, aroma-terapia, interventi sull'ambiente (cura del microclima, limitazione del rumore, della luce e delle "visite" degli infermieri la notte, cura e strategie nell'uso di presidi

di assorbimento), strategie multidisciplinari e la promozione di attività quotidiana fanno concludere che l'uso di sedativi non sembra avere effetto di promuovere il sonno e, anzi, il loro uso deve essere governato con cautela. Una maggiore attività fisica durante il giorno con il miglioramento dell'ambiente non solo migliora il sonno, ma riduce l'agitazione. Ridurre il tempo che i residenti passano a letto durante il giorno ; favorire i ritmi circadiani, per migliorare la qualità del sonno, unire a questi interventi una maggiore esposizione alla luce naturale, proponendo attività da svolgere all'aperto e istruendoli ad evitare le attività che possono creare agitazione e le bevande stimolanti nelle ore serali e ad una *routine* che preveda orari fissi in cui andare a dormire e svegliarsi. E' stato anche studiato l'uso della musica come intervento nella gestione dell'agitazione nelle persone con demenza al fine di ridurre l'uso di farmaci psicotropi. Strategie che, riducendo la "causa" dell'uso dei farmaci, hanno avuto come effetto una riduzione degli stessi.

Un aspetto che forse ancora è sottovalutato è la possibilità riconosciuta agli agenti farmacologici che agiscono prevalentemente sul SNC di alterare il pensiero e creare confusione.

I farmaci comunemente prescritti per gestire questi comportamenti, possono causare un incremento parossistico della confusione nelle persone anziane, ed anche farmaci che comunemente vengono utilizzati per altri scopi, come i diuretici, possono predisporre ad una causa fisiologica di confusione dovuta all'iponatremia. Siamo di fronte ad una sindrome definita dalla letteratura *delirium*, che causando compromissione delle capacità cognitive, aumenta il rischio di caduta. La diagnosi di *delirium* diventa fondamentale: un riconoscimento precoce dei prodromi ed attivare semplici espedienti, riescono a prevenirlo nel 50% dei casi.

La diagnosi rimane comunque difficile a causa del polimorfismo dei segni clinici e delle condizioni predisponenti. Gli interventi perciò dovrebbero essere rivolti verso questi fattori ed in particolare ad evitare per quanto possibile l'uso di farmaci a rischio. Alternativa valida, quindi, all'uso di molti farmaci ipnotici e sedativi, è prevenire le manifestazioni che inducono il loro uso, attraverso metodiche atte a prevenire il fenomeno che sono applicabili dagli infermieri, anzi che devono essere applicate dagli infermieri e da essi insegnate ai caregiver attraverso l'educazione, strumento sempre valido di assistenza infermieristica.

Ovviamente non ci si riferisce a tutti i farmaci ma all'uso "improprio" che di essi si fa. Non bisogna dimenticare che un intervento che punti solo sul controllo dei farmaci non può essere efficace. Un infermiere, che del proprio paziente ha una presa in carico totale, valuterà anche i fattori intrinseci ed estrinseci, riconosciuti da studi essere la causa di cadute accidentali tra le persone anziane.

LE DIFFICOLTA' PSICO-RELAZIONALI

di Federica Fersini

ASSISTENZA INFERMIERISTICA AI DISAGI PSICOLOGICI DEL PAZIENTE UREMICO IN TRATTAMENTO EMODIALITICO

PROBLEMA

Il paziente dializzato rientra nella categoria dei pazienti con patologie terminali; pertanto è una persona che vive i suoi giorni con il senso della morte; l'angoscia costante accompagna la quotidianità, le azioni più semplici che una persona sana compie quasi con banalità (mangiare, bere, prendersi cura del proprio corpo, divertirsi, mantenere i rapporti interpersonali), diventano quasi un problema, un'imposizione rigida che non ammette dimenticanze, o violazioni. Con gli infermieri dei centri di dialisi si instaura un rapporto speciale, particolare, difficile da riscontrare in altre unità operative. La tesi fa emergere un problema: i disagi psicologici che il paziente incontra durante il percorso del trattamento; spesso nella realtà di dialisi le persone manifestano atteggiamenti, pensieri negativi che se sottovalutati potrebbero compromettere la continuità e l'efficacia delle cure emodialitiche.

SCOPO DELLO STUDIO

Lo studio intende approfondire quali sono le difficoltà psico-relazionali riscontrate dal paziente emodializzato, si propone il miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica.

QUESITO DI RICERCA

Esistono in letteratura scientifica degli strumenti e delle tecniche relazionali per la valutazione e la gestione dei disagi psico-relazionali del paziente in dialisi.

SINTESI DELLA LETTERATURA

Dalla letteratura analizzata emerge che il paziente emodializzato presenta delle difficoltà nel mantenimento di rapporti sociali, poiché si riscontrano dei comportamenti che compromettono la sfera psico-relazionale.

Il 57% dei pazienti in dialisi dimostra stati d'animo negativi, circa la metà degli emodializzati presenta una sindrome ansiosa e/o depressiva (De Nour 1981, Kutner 1985 Rif. 1). La depressione rappresenta inoltre una tappa quasi inevitabile per il paziente in dialisi. Uno studio ha messo a confronto il livello di stress dei pazienti emodializzati con altri in dialisi peritoneale, è emerso che tra la popolazione di emodializzati la percentuale di stress psicologico è pari al 78,3%, i soggetti in dialisi peritoneale presentano una percentuale di stress più bassa, 43,3%.

Emerge poi un altro elemento fondamentale per l'assistenza al paziente in emodialisi, il programma educativo pre-dialisi. Questa è una fase molto importante in quanto se affrontata accuratamente i pazienti presentano meno stati d'ansia e sono più predisposti all'autogestione del trattamento emodialitico. La popolazione anziana in dialisi, risulta maggiormente esposta a sindromi depressive, questo deriva da un deterioramento cognitivo presente nei pazienti geriatrici. A disposizione dell'infermiere esistono strumenti per valutare lo stato psicologico del paziente anziano (Geriatric Depression Scale) e lo stato cognitivo della stessa categoria di pazienti (Mini Mental State). La letteratura ha proposto l'applicazione di una tecnica di rilassamento muscolare per migliorare il comfort del paziente e ridurre lo stato d'ansia in dialisi.

Un questionario è stato somministrato dopo l'attuazione della tecnica e il livello d'ansia del paziente presentato era pari

al 30% rispetto al 43% iniziale (livello di stress prima di attuare il rilassamento muscolare).

TAPPE PSICOLOGICHE IN DIALISI:

Il paziente in dialisi affronta delle tappe fondamentali per arrivare all'adattamento psicologico, durante questo percorso la figura dell'infermiere guida e accompagna la persona in dialisi.

Inizialmente vi è un'**elaborazione del lutto corporeo**, la perdita della funzionalità renale rappresenta proprio la morte di una parte della persona. La **negazione della malattia**, molti pazienti, tendono a rifiutare lo stato patologico negare la presenza di dati clinici approvanti la diagnosi e quindi la necessità della terapia. La **rabbia** spesso sfocia in atteggiamenti di **aggressività**; il **patteggiamento psicologico** è una fase in cui il paziente spera di ottenere la guarigione in cambio di una privazione importante. La **depressione**. E' una fase inevitabile per i pazienti in dialisi, è la morte interiore di tutte le speranze, le illusioni create, rappresenta anche lo scontro con la realtà. L'ultima tappa è rappresentata dall'**accettazione**, i soggetti iniziano a condividere i vari aspetti della terapia dialitica; avviano il processo di adattamento bio - psicologico. L'infermiere deve erogare un'assistenza completa e continuativa, capace di coinvolgere non solo il paziente ma anche il suo care giver, e deve essere abile nell'interpretazione delle dinamiche che si instaurano tra i bisogni di natura bio - psico - sociale.

QUALITA' DI VITA IN DIALISI:

Per poter interpretare la qualità di vita del paziente in dialisi vengono considerati diversi aspetti: l'autonomia funzionale - lavorativa, l'aspetto psicologico, le relazioni sociali ed interpersonali, i disturbi somatici. Il 68% dei pazienti in dialisi è inabile al lavoro. I dializzati risultano più ansiosi e preoccupati verso il proprio futuro. Il 79,8% di pazienti in dialisi avvertono un forte senso di limitazione nelle attività di svago. E' possibile affermare la notevole e certificata difficoltà che le persone dializzate hanno nel mantenere le relazioni sociali ed interpersonali. Numerosi sono gli effetti somatici che derivano dal trattamento emodialitico. Esiste proprio una sintomatologia che colpisce il 60% dei pazienti in dialisi. Vi è inoltre un'immagine corporea alterata. Pertanto si afferma che la qualità di vita in dialisi risulta scadente.

Il paziente in dialisi esprime un complesso di bisogni assistenziali e tra tutti, quello che maggiormente richiede la presenza costante della figura infermieristica e l'acquisizione di tecniche per il self - care (abilità e conoscenze che l'operatore trasmette al paziente affinché possa gestire autonomamente la terapia). L'infermiere dispone di due strumenti fondamentali per gestire i disagi psicologici del paziente in dialisi. **La relazione d'aiuto**: fase iniziale tra il paziente e l'infermiere, l'operatore riconosce gli stati di disagio; **l'educazione terapeutica**: fase secondaria in cui l'infermiere trasmette tutte le conoscenze e abilità per gestire autonomamente il regime terapeutico e prevenire le complicanze.

CONCLUSIONI:

La tesi ha richiamato l'attenzione sulle caratteristiche della sfera psico - relazionale, del paziente in trattamento emodialitico, considerando l'assistenza infermieristica erogata per sostenere queste difficoltà in area dialitica. Si può affermare che questa categoria di pazienti, è soggetta a disturbi psicologici. L'infermiere di dialisi ha un ruolo cruciale in tutti i vari aspetti della terapia: guida, educa e supporta il paziente. Per questa ragione sono state studiate le tecniche di valutazione e gestione delle alterazioni nella componente psico - relazionale. Prima di avviare il trattamento sostitutivo è auspicabile secondo la letteratura un programma educativo pre - dialitico, questo riduce lo sviluppo degli stati d'ansia e le sindromi depressive. Per l'emodializzato e la sua famiglia la qualità di vita non rientra quasi mai nei range di benessere definiti nei questionari somministrati. Esistono le implicazioni che possono migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica. L'infermiere attuando attività educative, trasmette le abilità necessarie per il mantenimento di un risultato di salute; attraverso la relazione d'aiuto interpreta i bisogni assistenziali della persona, offrendo un sostegno emotivo durante tutto il trattamento. Il paziente sarà più predisposto alla collaborazione attiva, riconoscendo un rapporto fondato sulla fiducia e maggior professionalità infermieristica. I principi teorici e le evidenze rilevate in letteratura si fondono con una riflessione di un paziente di 40 anni sottoposto a trattamento emodialitico da 5 anni " *la dialisi occupa tutti i miei pensieri, invade tutta la mia vita! I medici, le infermiere, la macchina, sono capaci di curarti solo a metà! Ti ripetonno di bere meno, prendere i farmaci.. si fa presto a dire! Poi penso che senza di loro e la dialisi non potrei vivere, allora tiri avanti perché la vita è una sola e vale sempre la pena di viverla.. E' molto dura però!*"

LA SINDROME DELL'OVAIO POLICISTICO

di Giuliana Veronesi

"L'impatto sulla Qualità di Vita della Sindrome dell'Ovaio Policistico. Revisione Bibliografica".

La Sindrome dell'Ovaio Policistico

La Sindrome dell'Ovaio Policistico (detta anche PCOS) è uno dei disturbi endocrini di più frequente riscontro nella popolazione femminile in età fertile, con un'incidenza stimata intorno al 5-10%.

La sua eziologia non è ancora chiara: è sicuramente un disordine complesso dalla patogenesi multifattoriale, con una probabile base genetica (la familiarità è presente circa nel 50% dei casi, ma il meccanismo di trasmissione familiare non è ancora stato individuato).

Coinvolge contemporaneamente ipotalamo, ipofisi, ovaie, surreni e tessuto adiposo periferico.

I criteri diagnostici non sono ben definiti né condivisi nel mondo scientifico: pertanto non esiste una definizione precisa di PCOS.

La sua presentazione clinica è estremamente variabile ed eterogenea: la comparsa dei segni e sintomi generalmente avviene in età peri-puberale. Le manifestazioni cliniche sono riconducibili principalmente a:

- disturbi endocrinologici: irregolarità mestruali (infertilità, oligomenorrea, amenorrea, metrorragie); iperandrogenismo (irsutismo, acne, seborrea, alopecia); obesità / sovrappeso;
- disturbi metabolici: iperinsulinemia, resistenza insulinica; dislipidemie e difetti fibrinolitici con iperfibrinogenemia.

Altri segni e sintomi possono includere: ovaie di dimensioni aumentate e dall'aspetto policistico, acanthosis nigricans, galattorrea, apnee notturne, dolori pelvici, depressione, ansia, disturbi del sonno.

La PCOS risulta essere associata ad un rischio elevato di sviluppare diminuita tolleranza al glucosio, diabete di tipo 2, diabete gestazionale, dislipidemie, ipertensione, malattie cardiovascolari e alcuni tipi di neoplasia maligna, specie a carico dell'endometrio.

Perché parlare di PCOS?

La Sindrome dell'Ovaio Policistico è una patologia diffusa, ma spesso ignorata o sottovalutata, in grado di intaccare la salute fisica, psicologica e sociale delle donne colpite.

L'infermiere può contribuire al miglioramento della Qualità di Vita delle donne affette attraverso le funzioni di indirizzo, educazione, guida, supporto ed informazione.

Obiettivi e Quesiti di Ricerca

Lo scopo di questa revisione bibliografica è quello di stimare l'impatto di questa patologia sulla Qualità di Vita delle donne affette, e di individuare le correlazioni esistenti tra sintomatologia, implicazioni sulla salute fisica e mentale, grado di informazione delle pazienti.

Questo lavoro si ripropone inoltre di individuare quali sono gli interventi più efficaci che gli infermieri possono attuare per erogare la migliore assistenza a questa popolazione di donne, al fine di migliorarne la Qualità di Vita.

Pertanto, i tre quesiti di ricerca cui si è data risposta sono stati:

1. Qual è l'impatto della PCOS sulla Qualità di Vita (QdV) delle donne affette?
2. Esiste una correlazione tra livello di informazione delle pazienti e QdV?
3. Quali sono gli interventi più indicati in questa popolazione di donne al fine di migliorare la QdV, ridurre le complicanze e migliorare i risultati di salute?

Materiali e Metodi

Fonti dei dati

Per la stesura di questa revisione bibliografica sono stati consultati testi di medicina generale, infermieristica ed endocrinologia e testi specifici per la patologia in esame (in lingua inglese). Sono inoltre state consultate riviste infermieristiche e di endocrinologia.

La ricerca è stata condotta anche attraverso banche dati generali (come Meline e Google) e di linee guida (come la NGC, National Guideline Clearinghouse, e il Centro Studi EBN, Evidence Based Nursing).

Parole chiave e Stringhe di Ricerca

In Medline sono state utilizzate parole libere e termini Mesh, combinati in 17 stringhe di ricerca, utilizzando l'operatore booleano AND; spiccano termini come Polycystic Ovary (e Ovarian) Syndrome, PCOS, quality of life, lifestyle, management, mental health, risk, e altri.

In Google, le parole chiave sono state Sindrome dell'Ovaio Policistico e Qualità di Vita, mentre la ricerca tra le linee guida NGC ha previsto due percorsi, rivolti alla PCOS e al diabete gestazionale.

Limiti, Criteri di Inclusione ed Esclusione

Nella ricerca in PubMed con parole libere sono stati utilizzati limiti che hanno portato ad includere articoli pubblicati negli ultimi 10 anni, in lingua inglese o italiana, riguardanti soggetti umani, e dotati di abstract o full text o free full text.

Nella ricerca in PubMed con termini Mesh gli articoli sono stati ordinati cronologicamente utilizzando la funzione Pub Date di Medline: sono stati così considerati solo lavori pubblicati in un periodo non precedente al 1998.

In generale i criteri di inclusione utilizzati hanno portato ad analizzare studi che riportavano i dati statistici relativi alle indagini condotte, dimostravano una metodologia di ricerca valida, e trattavano aspetti di interesse infermieristico.

Al contrario sono stati esclusi articoli non recenti, privi dei dati relativi agli studi condotti, non in grado di dimostrare criteri statisticamente validi, relativi ad aspetti troppo generici o specifici, attinenti ad argomenti non di interesse per la professione infermieristica.

In totale sono quindi stati selezionati ed analizzati 33 articoli e 7 linee guida.

I dati provenivano prevalentemente da studi sperimentali trasversali, caso-controllo, elaborati in contesti non italiani.

Risultati

Primo Quesito di Ricerca: PCOS e Qualità di Vita

Dall'analisi degli studi reperiti è emerso che la PCOS influisce in modo significativamente negativo sulla Qualità di Vita delle pazienti.

I fattori che si sono dimostrati in grado di influire maggiormente sulla QdV e sulla percezione di salute sono:

- obesità/sovrappeso;
- irsutismo/calvizie;
- infertilità;
- mancanza di informazione.

A questi si deve sommare l'influenza di altre variabili importanti, quali:

- l'età delle pazienti (con particolare attenzione alle adolescenti, che sperimentano una QdV infe-

riore, percepiscono in modo estremamente negativo la propria condizione di salute, sono più esposte al rischio di sviluppare disturbi alimentari);

- il background socio-culturale (che può influenzare in modo significativo la percezione della malattia, in particolare per quanto riguarda il problema dell'infertilità).

Alla base di questo impatto negativo c'è la percezione da parte della pazienti di diversità/stigma. È infatti possibile affermare che la PCOS intacca la femminilità, l'immagine corporea, l'autostima e interferisce con le attività di vita quotidiana e nelle relazioni sociali.

Altri fattori in grado di influenzare la QdV delle donne affette da PCOS sono le **conseguenze** cui la patologia può esporre:

- la salute fisica (a breve e lungo termine):
 - infertilità, aborti spontanei e ricorrenti;
 - rischio elevato di ipertensione, dislipidemie, patologie cardiovascolari;
 - disordini metabolici: resistenza insulinica, diminuita tolleranza al glucosio, diabete mellito di tipo 2 e diabete gestazionale;
 - rischio neoplastico: cancro all'endometrio.
- la salute mentale:
 - elevato stress psicologico (conseguenza dell'interferenza della sintomatologia nelle relazioni e nelle attività di vita);
 - incidenza elevata di: ansia (di non riuscire a concepire o portare a termine una gravidanza), depressione, disturbi dell'umore, senso di isolamento e diversità, rabbia e frustrazione (per il ritardo nella diagnosi);
 - rischio aumentato di depressione maggiore e disturbi alimentari.

Secondo Quesito di Ricerca: PCOS e informazione

È possibile affermare che l'informazione si è dimostrata in grado di migliorare la QdV delle donne con PCOS.

Dall'analisi degli studi reperiti è emerso infatti che le pazienti risentono della carenza di informazione e dello scarso coinvolgimento nel piano di cura e assistenza.

L'informazione si è dimostrata efficace nel diminuire lo stress, aumentare il senso di autocontrollo, rendendo possibile una miglior gestione della sintomatologia e una collaborazione attiva al processo diagnostico-terapeutico.

Terzo Quesito di Ricerca: interventi infermieristici

- Il primo e più importante intervento infermieristico è quello di stimolare ed educare le pazienti a modificare il proprio stile di vita attraverso una dieta adeguata (diario alimentare, cibi a basso indice glicemico, assunzione di fibre..), l'incremento dell'esercizio fisico, la diminuzione e il mantenimento del peso corporeo, e l'abbandono delle cattive abitudini (quali fumo, sedentarietà, assunzione di alcool). Queste misure sono in grado di ridurre la resistenza insulinica e l'iperandrogenismo, di aumentare i tassi di concepimento e diminuire le complicanze.
- Molto utile si è dimostrato fornire tutte le informazioni necessarie su natura della patologia, sintomatologia, conseguenze sulla salute e rischi associati, eventualmente indirizzando le pazienti verso gli specialisti del caso (dietista, endocrinologo, ginecologo, psicologo..).
- È importante poi educare alla gestione della sintomatologia e alla prevenzione delle complicanze.
- Infine, l'infermiere può ricoprire un ruolo importante nell'esecuzione di screening per l'identificazione precoce della patologia o delle sue complicanze, sia fisiche che psicologiche. Tra queste ricordiamo spiccano: infertilità, aborti spontanei ripetuti, malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2, diabete gestazionale, neoplasie estrogeno-dipendenti, ansia e depressione.
- L'infermiere deve quindi garantire un'assistenza olistica e "stare vicino".

Conclusioni

Alla luce dei risultati emersi nel corso della revisione della letteratura, è possibile concludere che:

- la Qualità di Vita nelle donne affette da Sindrome dell'Ovaio Policistico risulta essere significativamente inferiore rispetto alle donne sane, con conseguenze importanti non solo fisiche ma anche psicologiche.
- L'intervento infermieristico può ricoprire un ruolo importante: attraverso l'erogazione di un'assistenza olistica e attraverso la gestione, educazione e prevenzione, è possibile migliorare la Qualità di Vita di questa popolazione spesso ignorata.

Limiti dello studio

Lo studio condotto presenta alcuni limiti, tra cui: la mancanza di criteri diagnostici ben definiti e la possibile interferenza delle caratteristiche dei campioni inclusi negli studi sui risultati; la difficoltà di reperire in letteratura più studi approfonditi su alcuni aspetti, che rendano possibile un confronto completo (es: influenza della cultura o dell'età) e la difficoltà di calare nel contesto italiano gli strumenti presenti in letteratura ed utilizzati all'estero.

Suggerimenti per la ricerca e la pratica

- Adozione di strumenti di indagine (tradotti o rielaborati in base alle esigenze del contesto italiano) in grado di valutare le conoscenze possedute da medici e infermieri sulla PCOS, l'assistenza erogata, la qualità di vita delle donne con PCOS.
- Elaborazione di piani assistenziali e strategie personalizzati per aiutare le pazienti a raggiungere il controllo sulla sintomatologia.
- Elaborazione di protocolli e piani standard per la gestione della patologia a livello ospedaliero ed ambulatoriale.
- Elaborazione di materiali informativi completi, esaustivi, facilmente comprensibili, utili per accompagnare le pazienti nel percorso diagnostico-terapeutico.

COORDINAMENTO TRAPIANTI

di Laura Falanga

ANALISI DELL'AUTONOMIA, DELLE COMPETENZE E DELLA RESPONSABILITÀ GESTIONALE DELL'INFERMIERE CHE OPERA NEL COORDINAMENTO LOCALE TRAPIANTI DELL'AZIENDA ULSS 18 DI ROVIGO.

L'analisi parte dalla bozza del "nuovo" Codice Deontologico; infatti il 12 febbraio 2008 il Comitato Centrale della Federazione nazionale dei Collegi IPASVI ha pubblicato la revisione del Codice Deontologico dell'infermiere, in vigore dal 1999.

Il "nuovo" Codice Deontologico, all'art.2, cita: "l'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa". Viene introdotto un elemento del tutto innovativo: il concetto "gestionale".

L'infermiere del Coordinamento Locale Trapianti svolge un'attività caratterizzata da una elevata componente gestionale; lo studio presentato in questa tesi va ad analizzare il processo di procurement "donazione di tessuti da cadavere", analizzandone le singole fasi e cercando un riscontro delle stesse nel Profilo Professionale e nel Codice Deontologico dell'infermiere. Il procurement è un'attività che ha lo scopo di reperire organi e tessuti da un potenziale donatore, cadavere o vivente che sia.

Gli obiettivi di questo studio sono:

- Rilevare le principali attività dell'infermiere che opera nel CLT dell'ULSS 18 di Rovigo;
- Identificare le attività del processo che evidenziano criticità e dubbi rispetto alla normativa di riferimento;
- Predisporre un parere medico-legale, una consulenza infermieristica e una relativa al Centro Nazionale Trapianti (quale organo supremo in ambito trapiantologico) per dare risposta alle criticità emerse durante l'analisi del processo "donazione di tessuti da cadavere".

La normativa italiana in materia di Donazione e Trapianti (legge n° 91/99) prevede che il ruolo di Coordinatore Locale sia ricoperto da un medico che, nelle sue funzioni, può avvalersi di personale sanitario e/o amministrativo. La scelta di molti centri di coordinamento, e soprattutto del Sistema Regionale Trapianti Veneto, è stata quella di individuare nella figura dell'infermiere il professionista che gestisce e coordina i processi di procurement di organi e tessuti, sia da cadavere che da vivente.

In particolar modo, il processo di procurement "donazione di tessuti da cadavere" è il cardine di tutta l'attività del CLT; è articolato in varie fasi e vede coinvolto l'infermiere in prima persona, dalla identificazione del potenziale donatore, alla relazione d'aiuto con i familiari, al prelievo del tessuto.

Il processo di procurement di tessuti da cadavere è stato analizzato valutando, per ogni singola fase, il suo carattere, autonomo o collaborativo, e l'eventuale corrispondenza con il Codice Deontologico e con il Profilo Professionale dell'infermiere.

L'analisi ha evidenziato che il processo di procurement di tessuti da cadavere vede impegnato l'infermiere in prestazioni per lo più sanitarie, con un grado misto di attività autonome e collaborative; ciascuna di queste trova riscontro in articoli del Codice Deontologico e nel Profilo Professionale dell'infermiere. Ad esempio la fase relativa alla segnalazione del decesso è collaborativa, in quanto alla base c'è la collaborazione tra le diverse unità operative che informano il CLT del decesso di un paziente e il CLT stesso; la fase relativa alla proposta di donazione si può invece considerare autonoma, in

quanto l'infermiere non collabora in questo con altre figure professionali; una volta valutata la potenziale idoneità del deceduto alla donazione contatta i familiari per la proposta di donazione e in caso di assenso e/o non opposizione attiva tutte le procedure del caso.

Uno degli aspetti più importanti del processo, che l'infermiere svolge in maniera autonoma è quello relativo alla verifica dell'idoneità o non idoneità alla donazione, ossia la verifica dei criteri di inclusione o esclusione di un potenziale donatore al prelievo di tessuti; l'infermiere verifica questo attraverso tre modalità:

1. consultazione cartella clinica relativa all'ultimo ricovero (se presente)
2. ispezione esterna del cadavere
3. anamnesi con i familiari

L'anamnesi è una attività che storicamente viene assegnata come ruolo tipicamente ad un medico ed è finalizzata alla diagnosi e cura: l'infermiere è responsabile dell'assistenza, come esplicitato dal Profilo Professionale dell'infermiere.

Nel processo di donazione di tessuti da cadavere l'infermiere si occupa autonomamente della raccolta di dati anamnestici riguardanti il potenziale donatore e in un certo senso, attraverso la sua firma, dà una sorta di "avvallo" alle informazioni acquisite al fine di essere utili per l'inclusione o l'esclusione di un tessuto al prelievo.

Il quesito che ci si pone riguarda la responsabilità dell'infermiere qualora esso, nel determinare l'idoneità o la non idoneità del potenziale donatore, cada in errori di valutazione per imperizia e/o negligenza; in altre parole nelle situazioni in cui l'infermiere trascuri dalla sua attenzione caratteristiche del deceduto che possano determinare un cattivo esito qualora si proceda con la donazione.

Il quesito è stato proposto a tre esperti.

Il Dott. Daniele Rodriguez, medico legale nonché collaboratore del Collegio IPASVI per la revisione del Codice Deontologico, si sofferma su un aspetto in particolare, ossia sul fatto che ogni professionista sanitario può e deve raccogliere dati clinici che siano di rilievo per la sua attività; la Dott.ssa Alessandra Grompi, Presidente del Collegio IPASVI di Rovigo, invece, identifica l'agire dell'infermiere del CLT come accertamento infermieristico, pratica svolta quotidianamente nel processo di cura e assistenza, e non come anamnesi.

Infine, la Dott.ssa Lucia Rizzato, del Centro Nazionale Trapianti, richiama l'attenzione sul fatto che l'infermiere, durante la raccolta delle informazioni anamnestiche sul potenziale donatore, è comunque tenuto a seguire protocolli condivisi dalla rete gestionale e/o nazionale ed a ricondursi all'esperienza del medico di appoggio che è l'effettivo responsabile.

Un ulteriore parere è stato chiesto al Dott. Lorenzo Zen, Procuratore della Repubblica di Rovigo, ma per motivi di tempo non è stato possibile inserire la sua collaborazione all'interno della tesi ripettando i tempi di consegna della stessa; il Dott. Zen sostiene che la raccolta dei dati sanitari attinenti al paziente è un'attività pregiudiziale alla pianificazione e gestione dell'intervento assistenziale infermieristico, compito tipico dell'autonomia di quella figura professionale.

I pareri convogliano in alcune considerazioni:

1. la prima considerazione riguardante "l'anamnesi è atto puramente medico" viene meno alla sua vecchia e consolidata definizione, proprio nel momento in cui ogni professionista sanitario, medico e/o infermiere, deve e può raccogliere dati utili alla sua attività. In tema di procurement l'infermiere raccoglie dati sanitari finalizzati ad evidenziare possibili fattori di esclusione al prelievo di tessuti;
2. la seconda considerazione riguarda l'attribuzione della responsabilità dell'infermiere nello svolgere l'anamnesi o la valutazione clinica di un potenziale donatore. Nello svolgere l'anamnesi l'infermiere deve seguire l'insieme di protocolli, linee guida e indicazioni fornite dagli organi superiori (Banche dei Tessuti e Centro Nazionale Trapianti);
3. la terza considerazione, che si allaccia alla precedente, riguarda la responsabilità professionale dell'infermiere. La legge imputa al medico coordinatore la responsabilità dell'operato suo e dei suoi collaboratori; nonostante questo l'infermiere che opera all'interno del Coordinamento Locale Trapianti è un professionista che deve sì attenersi alle regole ma che agendo in piena autonomia è comunque responsabile e deve rispondere dell'operato che svolge.

CONCLUSIONI:

Nonostante la legge attribuisca le funzioni e la responsabilità di procurement ad una figura medica, l'infermiere, quale collaboratore scelto, è ormai la figura leader all'interno del Coordinamento Locale Trapianti e sarebbe auspicabile un maggior investimento per quanto riguarda le scelte organizzative/gestionali e di ricerca scientifica che abbiano come obiettivo comune quello di dare sempre più una terapia sicura ed efficace ai pazienti che vivono in lista d'attesa.

PEER EDUCATION

di Mariagiovanna Marchetto

INFORMAZIONE PREOPERATORIA AL PAZIENTE COLOSTOMIZZATO: APPORTO DELLA PEER EDUCATION

Durante la mia esperienza di tirocinio di questi tre anni mi è capitato spesso di incontrare pazienti stomizzati e di imbartermi nelle loro difficoltà ad adattarsi a questa nuova situazione.

In uno dei seminari formativi che ho frequentato, sui gruppi di auto aiuto mi ha colpito il racconto dell'esperienza di un paziente che è stato sottoposto al confezionamento di una colostomia.

Il racconto delle sue problematiche dei suoi stati d'animo, delle sue paure e delle sue ansie mi ha portato a pensare che noi operatori sanitari, attualmente, potremmo fare di più per aiutare i pazienti stomizzati a ritrovare un nuovo equilibrio soprattutto nella fase preoperatoria, risparmiando al paziente ansie e preoccupazioni inutili.

Solo per il fatto di dover essere sottoposto ad intervento, il paziente si presenta in fase preoperatoria notevolmente agitato ed ansioso. Manifesta dei dubbi circa il ritorno allo stato d'autonomia precedente l'intervento, oltre ai timori legati alla percezione delle procedure anestesologiche e chirurgiche come potenzialmente pericolose per la sua personale incolumità.

La stomia è considerata un "ano artificiale", la persona si trova ad evacuare attraverso una parte del corpo diversa da quella naturale e questo comporta non solo un'alterazione della funzione fisiologica, con la mancanza del controllo dell'evacuazione, ma anche della normale configurazione del proprio corpo con la conseguente alterazione dello schema corporeo.

Questo mutamento può determinare nel soggetto un quadro psicologico molto complesso che vede l'alternarsi di stati d'ansia, di depressione, di scoraggiamento, di rassegnazione, d'ira e di disperazione, nonché la convinzione di non essere più accettato dai familiari, amici e dall'intero contesto sociale.

L'art.1 della carta internazionale dello stomizzato recita che: *"ogni portatore di stomia ha il diritto di ricevere preoperatoriamente informazioni circa i benefici derivanti all'intervento chirurgico, nonché notizie adeguate sulla possibilità di vivere con una stomia."*

L'informazione preoperatoria è probabilmente una delle cose più importanti per chi deve affrontare una stomia, una risorsa a cui attingere per avere più sicurezza, più serenità, più fiducia, ma spesso questa è carente, soprattutto per quanto riguarda ciò che accadrà dopo l'intervento.

Nel momento in cui l'individuo perde il suo stato di salute si aspetta che gli vengano suggerite strategie che lo aiutino a ristabilire un equilibrio; è quindi indispensabile che l'infermiere conosca il processo che lo metterà in grado di progettare e gestire un piano di cura individuale o collettivo.

Risulta evidente l'importanza del colloquio tra paziente ed operatori sanitari specializzati in questo campo, affinché si stabilisca un rapporto di reciproca stima, base fondamentale per il futuro dello stomizzato.

L'infermiere, come si evidenzia dal codice deontologico, è responsabile dell'educazione e delle informazioni che dà al paziente perché riconosce la salute come bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività (art 2.2 del codice deontologico) e nell'agire professionale orienta la sua azione al bene dell'assistito (art 2.6 del codice deontologico).

Nel codice deontologico dell'infermiere nell'art. 4.2 viene ribadito che: *l'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di*

assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte.

Più specificatamente all'art. 4.5 del codice deontologico viene citato che: *l'infermiere, nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato.*

In letteratura sono presenti numerosi studi che affermano che un'adeguata informazione pre-intervento data ai pazienti in attesa di subire una colostomia migliora notevolmente lo stato d'ansia e il decorso postoperatorio.

Un valido mezzo per veicolare informazioni può essere il colloquio tra il futuro stomizzato ed altri operati del suo stesso sesso, della stessa età e in buon equilibrio psicofisico; questa modalità viene definita peer education o peer support.

La peer education (educazione tra pari o educazione dei pari) è definita *"l'insegnamento o lo scambio di informazioni, valori o comportamenti tra persone simili per età o stato"* (Milburn, 1995).

All'interno del gruppo di auto aiuto per pazienti stomizzati di Treviso, al quale ho partecipato, e al quale ho chiesto collaborazione per il progetto di tesi, spesso è stato ribadito questo bisogno: la necessità di confrontarsi pre-operatoriamente con una persona stomizzata per non sentirsi soli.

PROGETTO DI TESI:

- **OBIETTIVI**

Migliorare l'informazione preoperatoria al paziente in attesa di subire una colostomia e ridurre il divario tra i pazienti che vengono operati in 3° e quelli operati in 4° Chirurgia utilizzando la peer education.

- **STRATEGIE**

La proposta è quella di utilizzare la peer education quale contributo tra le persone che hanno già subito l'intervento, che assumeranno il ruolo di peer educator, e pazienti in attesa di subire l'intervento.

Più precisamente organizzare degli incontri tra i membri del gruppo di auto aiuto per persone stomizzate di Treviso e i pazienti che devono subire il confezionamento di una stomia ricoverati in una delle due UU.OO. di Chirurgia del Presidio Ospedaliero di Treviso.

- **FATTIBILITA'**

Si tratta di un progetto fattibile in quanto la sua attivazione è possibile grazie: ad attività di contatto e pubblicizzazione del progetto nei reparti di Chirurgia dell'Ospedale di Treviso, preparazione dei peer educator; individuazione di un ambulatorio per gli incontri.

- **VALUTAZIONE**

Eseguibile dopo sei mesi dall'attivazione del progetto mediante somministrazione di intervista o di un questionario per valutare l'efficacia della peer support nel migliorare l'informazione preoperatoria al paziente in attesa di colostomia.

- **STATO AVANZAMENTO PROGETTO**

Attualmente il gruppo di auto aiuto è in fase di formazione e il prossimo obiettivo è quello di essere riconosciuti come associazione di volontariato iscritta al Registro della Associazioni di Volontariato della Provincia e della Regione.

C'è stata la presentazione del gruppo ai dirigenti dell'Azienda Ulss n° 9 che hanno considerato molto positiva l'idea del gruppo. La fase successiva sarà quella di incontrare i dirigenti medici ed infermieristici delle UU.OO. di Chirurgia per definire le fasi tecnico-operative, ed in particolare predisporre un protocollo operativo per la chiamata del peer educator.

IL CONTROTRANSFERT

di Marika Bertapelle

L'INFLUENZA DEL CONTROTRANSFERT NELLA RELAZIONE TRA INFERMIERE E PAZIENTE ONCOLOGICO

RIASSUNTO

Questo lavoro si propone di analizzare l'influenza del *controtransfert* nella relazione tra infermiere e paziente oncologico, con un riferimento pratico alla realtà dell'Istituto Oncologico Veneto-IOV-IRCCS di Padova (d'ora in poi IOV).

Questa operazione richiederà, quindi, di partire dall'analisi degli aspetti del controtransfert nella relazione d'aiuto, per passare poi attraverso l'ambito della nostra ricerca a focalizzare le strategie messe in atto dagli infermieri nella pratica quotidiana padovana, confrontandole successivamente con quelle analizzate in ambito teorico.

Lo scopo di questo lavoro sarà, quindi, quello di conoscere il controtransfert e analizzare come gli infermieri impiegati allo IOV utilizzano le loro reazioni controtransferali nei confronti dei pazienti, di come esse influiscono nelle cure e nelle prestazioni erogate.

Il processo di controtransfert viene considerato una risposta emotiva appropriata, naturale e positiva. Si tratta, quindi, di un importante strumento terapeutico, su cui fondare l'empatia e una più profonda comprensione dei processi psichici dell'assistito, ma anche di chi assiste.

La conoscenza del Controtransfert, quindi, costituisce un passo necessario all'utilizzo terapeutico della relazione, anche tra infermiere-paziente oncologico.

La capacità dell'infermiere di essere onesto con i suoi sentimenti, gli permetterà di usarli in modo funzionale al raggiungimento di una maggiore empatia nella relazione assistito-operatore.

Con un buon sostegno psicologico, lavorare nel settore oncologico viene ritenuto gratificante da molti operatori. Da un punto di vista personale, molti considerano una soddisfazione e un privilegio il fatto di accompagnare i pazienti e le loro famiglie in un periodo così significativo della loro vita e essere testimoni della grande forza con cui molti di loro superano questo momento.

La tesi si articola nel seguente modo:

nel primo capitolo viene introdotto il concetto di controtransfert, ovvero la risposta emotiva del terapeuta all'utente. Verranno quindi analizzate le competenze comunicative degli operatori sanitari verso gli utenti e le loro famiglie.

A seguire verrà trattato il coinvolgimento eccessivo con i pazienti e come sia frequente la scissione tra pazienti speciali e pazienti difficili. Successivamente verranno prese in considerazione le forme di difesa più comuni adottate dal personale sanitario e di come esse possano portare a stress *burn-out*.

Nel secondo capitolo si parlerà più concretamente della parte empirica della nostra ricerca, elencando metodi, strumenti, scopi e obiettivi, concludendo poi con l'analisi dei risultati del questionario somministrato e una discussione sulle differenze o analogie tra la teoria e la pratica infermieristica del controtransfert.

LA RICERCA

La ricerca ha avuto luogo presso l'ospedale di Padova (IOV). Sono stati coinvolti infatti tutti gli infermieri che prestavano servizio nelle seguenti aree: Day Hospital oncologico; Degenze oncologiche; Radioterapia degenze.

Gli infermieri sia di sesso maschile (3) che di sesso femminile (27), per un totale di 30 soggetti, hanno un'età compresa tra i 23 e i 55 anni, con una media di anzianità di servizio di 13 anni.

Lo scopo del lavoro è di capire perché gli infermieri in esame abbiano scelto di dedicarsi all'ambito oncologico, di come si sentano influenzati dalla relazione con il malato terminale e con la sua famiglia, di come essi reagiscano alle emozioni che questi malati suscitano in loro. Ma soprattutto si vuole indagare come essi riescano ad affrontare la morte di un paziente particolarmente caro, se pensano che lavorare in equipe sia utile ad affrontare situazioni complesse, infine, capire cos'è a loro avviso il controtransfert e come esso possa influenzare la relazione con il malato oncologico.

La ricerca è stata svolta nel periodo che intercorre tra aprile e luglio 2008, tramite la somministrazione di questionari redatti ad uso esclusivamente infermieristico.

Tali questionari sono stati compilati in modo anonimo e suddivisi in due parti, la prima riguardante dati socio-anagrafici (età, anzianità di servizio, sesso, formazione base e post-base, luogo di lavoro, ruolo professionale e mansioni svolte), mentre la seconda prevedeva 21 domande sui vari aspetti del controtransfert, di cui 2 a risposta aperta e 18 a risposta chiusa (con scale Likert a 5 punti o risposta singola sì/no).

RISULTATI SIGNIFICATIVI

Come si è cercato di mettere in luce in questo lavoro, il controtransfert rappresenta per l'operatore una straordinaria opportunità per osservare le proprie modalità difensive, soprattutto, nelle situazioni che lo coinvolgono particolarmente sul piano emozionale.

Ciò che ci siamo proposti è, infatti, raggiungere attraverso questo studio una maggiore conoscenza rispetto alla tematica del controtransfert, contribuendo, se possibile, ad una maggiore consapevolezza per gli infermieri stessi. Questo è uno dei modi possibili per imparare a riconoscere le proprie emozioni e le proprie reazioni, gli agiti, le proprie risorse e limiti, potendoli poi affrontare e gestire in modo adeguato e funzionale al benessere dell'utente e al proprio. A volte, infatti, sono i nostri sentimenti, più ancora che le reali condizioni degli assistiti a determinare la qualità dell'assistenza fornita.

Dall'analisi quantitativa si sono delineate le prime specificità. Nella globalità, gli infermieri che hanno deciso di lavorare nell'ambito oncologico, lo hanno fatto, soprattutto, per passione, per bisogno di curare, ma anche per sentirsi utili e per conoscere meglio i vissuti del malato oncologico.

I soggetti partecipanti si sono mostrati, inoltre, molto coinvolti con i malati in cura presso la loro unità operativa, coinvolgimento, che viene influenzato dalla durata del periodo di cura, dalla personalità del paziente e dalla fase di malattia.

Al contrario, dai risultati, emerge una sostanziale differenza tra il tipo di rapporto che gli infermieri hanno con i pazienti, rispetto a quello con i familiari, che viene ritenuto di minor interesse.

Durante il percorso della tesi, abbiamo accennato a come sia frequente l'identificazione, da parte dell'operatore, in particolari situazioni che il paziente sta vivendo. Abbiamo trovato riscontro di questo nelle risposte degli operatori, nelle quali la metà di loro ritiene di aver rivissuto un personale dolore con un paziente in cura da loro.

Per affrontare al meglio queste situazioni, gli infermieri, sono in accordo nel ritenere che occorre una buona conoscenza di se stessi e dei propri vissuti.

Nella distinzione che abbiamo fatto nel nostro lavoro tra pazienti "speciali" e pazienti "difficili", possiamo affermare che nella realtà padovana indagata, prevalgono forti sentimenti di simpatia, tenerezza, affetto, benevolenza e ammirazione. Questi sentimenti, si rispecchiano nell'umore positivo che gli operatori hanno, quando si recano o tornano dal lavoro.

Opinione comune è quella di sentirsi impotenti di fronte a tematiche quali il dolore, l'evoluzione della

malattia o la fase terminale. Questi aspetti relazionali vengono, comunque, discussi con i colleghi e la maggioranza degli infermieri ritiene di trovare giovamento e sollievo dalle riunioni d'equipe.

Il tema della morte, come più volte ribadito nelle risposte degli infermieri padovani, risulta associato a sentimenti di rabbia, dispiacere e senso di impotenza. Molti di loro, inoltre, affermano di pensare alla morte del paziente anche oltre l'orario lavorativo.

Si noti inoltre, come un'alta percentuale dica di sentirsi gratificata dal proprio lavoro, gratificazione, utile per creare quel benessere lavorativo che abbiamo visto essere essenziale nell'atteggiamento verso il paziente e, quindi, incidere in modo positivo sulla qualità delle cure erogate.

Risulta dagli items, che gli operatori sono, in parte, consapevoli dei loro sentimenti controtransferali e ciò da loro l'occasione di imparare e adottare le migliori strategie, valorizzandole significativamente nella loro pratica professionale. C'è dunque la necessità di attuare un approccio psiconcologico integrato, che valuti i bisogni fisici e psicosociali del malato, e aiuti l'equipe curante ad affrontare tutte le situazioni problematiche.

Un'ultima analisi, che riguarda la parte più qualitativa della nostra ricerca, ci propone uno spunto su cui discutere. Sebbene la maggior parte degli infermieri abbia chiaro cosa sia il controtransfert, emerge comunque che alcuni infermieri hanno idee e opinioni molto confuse su questo tema.

Nonostante alcuni ritengano, giustamente, che il controtransfert sia "l'insieme delle emozioni e sentimenti che l'operatore prova per il paziente", altri, al contrario, confondono il termine, pensando che si tratti invece di un "un meccanismo psicologico in base al quale una persona è portata a riflettere su un individuo tutte le emozioni che prova nei confronti di un' altra persona".

Tutto ciò ci porta alla necessità di proporre dei corsi di aggiornamento, dove vengano trattati i temi del transfert e del controtransfert e dove gli infermieri possano meglio comprenderne i significati per adottarli poi nella pratica clinica.

In questo modo gli operatori saranno in grado di identificare le loro reazioni controtransferali, per poterle poi, utilizzare nel modo più funzionale alla buona relazione d'aiuto.

Inoltre, ritengo sia utile la supervisione e i gruppi di sostegno emozionale, dove gli infermieri discutano le loro reazioni e sentimenti, comprendendoli e non evitandoli.

A questo scopo ad esempio, i "gruppi di discussione psiconcologica dei casi", previsti dall'Unità Operativa Semplice di Psiconcologia, dello IOV, nei quali gli operatori hanno la possibilità di discutere i casi "critici" con la supervisione dello psicologo, rappresentano un'opportunità concreta, utile per affrontare al meglio la realtà quotidiana oncologica.

"Il Paziente oncologico terminale: realtà assistenziale e ideazione di un centro Hospice"

Il malato inguaribile e il processo di morire: un percorso assistenziale che mi sembra rappresentare il momento più alto della funzione infermieristica, coniugando professionalità e sensibilità umana.

Obbiettivo di questo percorso è la morte, ma la più serena possibile.

Ho incentrato il mio lavoro sui nuclei residenziali di Cure Palliative denominati Hospice perché tali strutture rappresentano la risposta ideale alle esigenze del malato terminale e della sua famiglia ma il territorio nazionale ne è ancora carente.

La mia tesi ha due obbiettivi: evidenziare l'importanza degli Hospice e, attraverso un'analisi normativa, nonché del fabbisogno sul territorio, stendere un progetto per la realizzazione di un Hospice nel territorio di Lamezia Terme (CZ) dove mi trovavo a vivere.

MALATO TERMINALE E CURE PALLIATIVE

La patologia Oncologica avanzata non rientra nella categoria delle malattie curabili e controllabili dai farmaci o dalla chirurgia: il paziente terminale, quindi, non può essere guarito, però può essere curato. I sintomi sono devastanti e riguardano la sfera fisica, psicologica, sociale e spirituale. E' evidente che l'intervento sanitario deve mirare a obbiettivi assistenziali, non più tendenti alla guarigione ma piuttosto alla qualità di vita residua.

LE CURE PALLIATIVE, QUINDI:

- *Affermano il valore della vita, considerando la morte un evento naturale;*
- *Il loro scopo non è di prolungare, né abbreviare la vita dell'ammalato;*
- *Provvedono al sollievo del dolore e degli altri sintomi;*
- *Integrano gli aspetti psicologici e spirituali dell'assistenza;*
- *Offrono un sistema di supporto alla famiglia;*
- *Aiutano la famiglia anche nella fase del lutto.*

ANALISI FABBISOGNO CURE PALLIATIVE REGIONE CALABRIA

Sono partita rilevando il numero di decessi per patologie neoplastiche nella regione Calabria, dove, in base ai dati della letteratura e dell'esperienza si può calcolare che il 70% circa dei pazienti che muoiono per neoplasie abbia una fase terminale.

Considerando che in Calabria i decessi per patologie neoplastiche sono circa 4083pz/anno, di cui il 70% necessita di cure palliative per un totale di 2858pz/anno. Considerato che il 30% di questi pazienti hanno bisogno di ricovero in Hospice, ho calcolato che sono 141pz/gg che necessitano di tale ricovero. Quindi per la Regione Calabria si dovrebbero realizzare un numero di Hospice distribuiti nel territorio in maniera omogenea per coprire il fabbisogno di ricoveri per un numero di 141 posti letto complessivi.

IPOTESI-REALIZZAZIONE DI UN CENTRO HOSPICE NEL TERRITORIO DI LAMEZIA TERME (CZ)

A seguito della presente analisi relativa alla Regione Calabria, rapportata al numero di abitanti per il solo territorio Lametino, i risultati mi hanno portato a rilevare che l'Hospice da realizzare per soddisfare le esigenze di questo territorio dovrebbe avere un numero minimo di 9 posti letto.

REQUISITI DELL'HOSPICE TERRITORIALE (D.L.450/1998)

L'obiettivo è quello di creare una struttura quanto più possibile diversa dagli attuali modelli ospedalieri attuando un programma tipologico-funzionale dotato di requisiti di umanizzazione e confort dove sarà possibile riconoscere l'ambiente familiare.

In questo modello, il degente potrà trovarsi a diretto contatto con i propri familiari ed amici e potrà usufruire dell'assistenza medica e psicologica adeguata.

PERSONALE ASSISTENZIALE PER N.9 AMMALATI

RESPONSABILE: Medico Dirigente Esperto in cure palliative.

- N.1 Infermiere Coordinatore
- N.8 Infermieri Professionali
- N.8 Operatori Socio Sanitari
- N.2 Medici Palliativisti (part time)
- Medici di Medicina Generale
- Assistente Sociale
- Fisioterapista
- Psicologa
- Volontari
- Assistenti spirituali

RUOLO CRUCIALE DELL'INFERMIERE

L'infermiere in cure palliative è un tessitore di legami con la famiglia, gli altri operatori e i servizi, per un'assistenza olistica che offra sollievo e accompagnamento.

- Ascolto attivo del paziente e dei familiari
- Identificazione bisogni, risorse, priorità
- Cure del corpo: contatto affettivo terapeutico
- Terapia: somministrazione, monitoraggio e valutazione effetti
- Osservazione del comportamento e delle dinamiche familiari

Concludo affermando che l'Hospice è sicuramente il luogo privilegiato dove poter attuare le cure palliative, sottolineando la necessità di avere strutture di questo tipo distribuite in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale vista l'importanza del processo di morire che si trova ancora a far parte, sebbene in modo estremo, della vita.

TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA

di Chiara Miotto

TIPOLOGIA E FREQUENZA DELLE PROCEDURE MEDICHE E INFERMIERISTICHE IN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA: UN'INDAGINE OSSERVAZIONALE SULLA TUTELA DEL COMFORT DEL NEONATO E DEL LATTANTE.

Introduzione

Il sonno come pure il riposo è importante sia in salute che durante la malattia e a volte gli operatori sanitari trascurano questo importante processo fisiologico nell'esecuzione delle procedure assistenziali. Un buon modello di sonno-riposo favorisce il processo di guarigione e un maggiore benessere sia fisico che psicologico della persona.

Un fattore eziologico e contribuente per l'alterazione di questo modello è una mancanza di comfort del paziente, questo da non intendersi solo dal punto di vista alberghiero, ma anche nella tutela del processo di ristoro e recupero della persona.

La letteratura in merito sottolinea che la persona ospedalizzata può sviluppare un'alterazione di questo modello fisiologico per cause multifattoriali legate sia all'ambiente che ai ritmi di lavoro assistenziali, soprattutto nelle unità di Terapia Intensiva dove per definizione il paziente è critico e dunque ha bisogno di un monitoraggio e un'assistenza continui anche mentre riposa.

Gli articoli che riguardano sia il paziente adulto che pediatrico ricoverato in unità di cure intensive, indicano un'elevata alterazione del modello di sonno e riposo per entrambe le tipologie di pazienti (Tamburri, DiBrienza, Zozula & Redeker, 2004; Bertelle, Semestre, Laou-Hap, Nagahapitiyne & Sizun, 2007; Frieze & Randall, 2008). Le cause possono essere di varia natura come il dolore, l'ansia e lo stress che possono derivare dall'ospedalizzazione, la presenza di rumore, di luci troppo forti, temperatura ambientale non adeguata, ma pure l'alterazione del comfort dovuta a ripetute procedure assistenziali e presenza di linee invasive.

Questo problema è ancora più significativo nel paziente pediatrico, il quale ha diverse esigenze per il riposo e il sonno in funzione dell'età e dello sviluppo.

L'ambiente della Terapia Intensiva è uno dei principali fattori di stress per il paziente nei primi mesi di vita: le stesse cure mediche e infermieristiche che spesso rispondono più alle esigenze organizzative che al rispetto delle particolari necessità del piccolo paziente, vengono, a volte, svolte senza tener conto dello stato di veglia o di sonno con la conseguenza di una scarsa attenzione al comfort della persona.

E' risaputo che nel neonato e nel bambino nei primi mesi di vita il principale stato comportamentale è il sonno: perciò un'alterazione del comfort dovuta alle necessarie e numerose procedure mediche e infermieristiche attuate in Terapia Intensiva Pediatrica causa inevitabilmente un disturbo del sonno che se protratta può avere ripercussioni sul suo sviluppo.

Attraverso questo elaborato di tesi e alla luce di quanto che è presente nella letteratura internazionale, si vuole comprendere se l'infermiere, attraverso il suo approccio olistico alla persona, tutela, nelle possibilità offerte dall'ambiente delle realtà critiche, il modello di sonno e riposo del neonato e del lattante, considerando il comfort del paziente come parte integrante del piano assistenziale.

Problema

In Terapia Intensiva sono svolte numerose procedure assistenziali durante le 24 ore. Molte di queste procedure ovviamente sono indispensabili per la vita del paziente e quindi la loro esecuzione ha la caratteristica dell'urgenza, intesa come necessità di esecuzione in quel preciso istante, ma altre che non possiedono questa caratteristica potrebbero essere svolte in un altro momento del turno rispettando il sonno del paziente e quindi tutelando il suo comfort.

Scopo

Lo scopo di questa indagine osservazionale, oggetto della tesi, era quello di rilevare la frequenza e la tipologia delle procedure mediche ed infermieristiche eseguite su un campione di pazienti ricoverati in Terapia Intensiva Pediatrica, annotando l'ora di esecuzione, e in particolare osservare se le procedure infermieristiche andavano a disturbare il riposo del paziente e se esisteva la condizione inderogabile di necessità di eseguirle in quel preciso momento della giornata.

Ipotesi e concetti

Si ipotizza che le procedure in Terapia Intensiva Pediatrica sono numerose e che le procedure infermieristiche che disturbano il sonno del paziente sono consistenti.

Materiali e metodi

L'osservazione e la raccolta dati sono state effettuate presso la Terapia Intensiva Pediatrica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova nel periodo di tirocinio elettivo dal 23 giugno al 20 luglio 2008 su un campione opportunistico di pazienti di età compresa fra 0-4 mesi.

Per la raccolta dati è stata utilizzata una griglia di osservazione composta da 9 procedure mediche e 23 infermieristiche dove si potevano annotare i dati anagrafici del paziente, motivo del ricovero, presenza di sedazione in infusione continua, ventilazione meccanica, numero di procedure effettuate, ora di esecuzione, disagio causato dalla procedura e inderogabilità o meno della stessa. Il disagio è stato definito come il risveglio del paziente durante lo svolgimento della procedura.

La raccolta dei dati è stata svolta nel rispetto delle norme di garanzia della privacy e gli stessi sono stati utilizzati esclusivamente per la realizzazione dell'elaborato di tesi.

Risultati

I dati raccolti sono stati ottenuti attraverso l'osservazione e l'annotazione nell'apposita griglia delle procedure eseguite dal personale medico e infermieristico durante 6 turni di mattina (dalle ore 7:00 alle ore 13:00), 6 turni di pomeriggio (dalle ore 13:00 alle ore 20:00) e 6 turni di notte (dalle ore 20:00 alle ore 7:00) su un totale di 13 pazienti con una media di età di 0,91 mesi e la cardiopatia congenita era la patologia più frequente causa del ricovero.

L'osservazione ha prodotto la rilevazione di 979 procedure assistenziali: il 93,87% (919 su 979) sono state eseguite dal personale infermieristico, con una media di 70,69 e mediana di 52 interventi per paziente, mentre il 6,13% delle procedure (60 su 979) dal personale medico, con una media di 4,61 e mediana di 4 interventi per paziente.

In totale sono state eseguite per paziente una media di 26,92 procedure durante 6 turni di mattina, mentre nei 6 turni di pomeriggio una media di 18,15 procedure per paziente e infine nei 6 turni di notte una media di 30,23 procedure per paziente. Il 54,5% delle procedure (533 su 979) sono state effettuate mentre il paziente era sveglio e il 35,04% mentre dormiva (343 su 979). Gli interventi eseguiti sui pazienti intubati e sedati sono il 10,42% (102); in quei casi non è stato possibile rilevare lo stato comportamentale del paziente a causa della sedazione.

Le procedure infermieristiche che non avevano il carattere dell'urgenza e quindi potevano essere eseguite in un momento più consono al paziente nel rispetto del suo modello di sonno e riposo e quindi del comfort, sono il 5,44% (50 su 919), con una media di 4,07 di interventi per paziente e riguardano: igiene del paziente, cambio biancheria pannolino, mobilitazione, medicazioni, monitoraggio dei parametri vitali, in particolare la temperatura corporea, e la sostituzione del set di infusione.

Durante il turno della mattina le procedure assistenziali sono state eseguite più frequentemente alle ore 8:00-9:00-12:00, nel turno del pomeriggio alle ore 16:00 e nel turno di notte alle ore 20:00-24:00-06:00, mentre meno frequentemente alle ore 7:00-11:00-13:00-17:00-19:00-23:00-01:00-05:00.

Le procedure infermieristiche più frequenti durante tutti e tre i turni sono state il cambio biancheria-pannolino, nella mattina 13,42% (47 su 350), nel pomeriggio 14,16% (35 su 216), nella notte 15,52% (61 su 393) e il monitoraggio dei parametri vitali, nella mattina 14,75% (52 su 350), nel pomeriggio 27,12% (64 su 216), nella notte 29,51% (116 su 393).

La procedura medica più frequente durante i turni del mattino, pomeriggio e notte è stata la visita: nel turno di mattina il 6% (21 su 350), nel turno del pomeriggio il 4,24% (10 su 236) e nel turno di notte il 2,29% (9 su 393).

Discussione, conclusioni e raccomandazioni

Dall'analisi dei dati raccolti attraverso l'osservazione delle procedure eseguite dal personale medico e infermieristico, emerge che gli interventi in ambito intensivo sono numerosi: questo dato è in concordanza con gli studi internazionali precedentemente svolti.

I dati di questa tesi confermano l'ipotesi iniziale in cui si affermava che le procedure assistenziali sono numerose in Terapia Intensiva Pediatrica, dato già presente negli studi internazionali effettuati sia sul paziente adulto che pediatrico; inoltre si evidenzia che le procedure infermieristiche (919 su 979) sono in numero maggiore rispetto a quelle mediche (60 su 979) ribadendo che l'infermiere è l'operatore a più stretto contatto con il paziente nelle 24 ore.

Le procedure infermieristiche che hanno interrotto il sonno del paziente e che potevano essere effettuate in un altro momento, sono in numero minore (50) in confronto al totale delle procedure infermieristiche eseguite (919), ovvero il 5,44%. Questo dato sottolinea, quindi, come l'assistenza infermieristica nel campione selezionato è stata erogata, ponendo attenzione il più possibile ai momenti di riposo dei bambini.

Questa indagine osservazionale fa emergere che il personale infermieristico dell'unità operativa di Terapia Intensiva Pediatrica rispetta, nei limiti concessi dall'ambiente critico in cui opera, il comfort del paziente, tenendo in considerazione, quando è possibile, il modello sonno-riposo dei piccoli pazienti durante l'esecuzione delle numerose e indispensabili procedure assistenziali.

Il sonno, quindi, dovrebbe essere considerato dagli operatori sanitari come una componente necessaria per il benessere della persona e per la sua guarigione. Per questo motivo, senza dimenticare che la Terapia Intensiva è una unità operativa dove sono svolte obbligatoriamente numerose e frequenti procedure necessarie, l'esecuzione di alcuni interventi, che non rientrano nella categoria sopra citata, potrebbe adeguarsi al modello di sonno-riposo del paziente pediatrico, in modo da ridurre il più possibile i periodi di disturbo che vanno ad alterare il suo comfort, particolarmente quando dorme.

IL DELIRIUM NEL PAZIENTE ANZIANO

di Sabrina Colla

IL DELIRIUM NEL PAZIENTE ANZIANO OSPEDALIZZATO: INDAGINE CONOSCITIVA SVOLTA PRESSO L'U.O. DI MEDICINA, NELL'OSPEDALE DI SAN DONA' DI PIAVE

INTRODUZIONE

Lo sviluppo dell'elaborato di tesi nasce da un particolare interesse, maturato nelle realtà di tirocinio, verso quelle condizioni cliniche dei pazienti anziani caratterizzate da alterazioni della sfera cognitiva durante l'ospedalizzazione. Esse spesso si manifestano in modo improvviso, determinando un senso di inadeguatezza fra gli operatori sanitari. Gli infermieri in particolare, proprio per lo specifico ruolo che rivestono, si trovano a dover fronteggiare l'insorgenza di tale condizione clinica e quindi a dover tempestivamente scegliere e programmare le misure atte a contenere l'escalation del fenomeno.

In un simile contesto è determinante individuare prontamente disturbi dell'attenzione, della percezione e della consapevolezza dell'ambiente, ed attribuire un corretto significato clinico.

La relazione del progetto di tesi si propone di indagare, valutando diversi aspetti, l'approccio infermieristico che dovrebbe essere adottato nei confronti del paziente a rischio e indagare quali trattamenti/interventi assistenziali infermieristici sono conosciuti al fine di prevenire la comparsa degli stati di delirium.

Ciò, nella convinzione che gli infermieri possono essere in grado di effettuare un riconoscimento precoce del delirium, perché essi prestano assistenza continua ai pazienti e hanno la possibilità di notare eventuali cambiamenti nei loro comportamenti che possono far supporre l'insorgenza di tale problema.

PROBLEMA

Il delirium è una condizione comune e grave nell'anziano, ma frequentemente sottostimata. La sua prevalenza nei soggetti ospedalizzati va dall'11% al 42%.

Si può sviluppare in ore o nell'arco di alcuni giorni, è caratterizzato da una transitoria e fluttuante alterazione dello stato di coscienza, ad esordio acuto o subacuto, con ripercussioni sulla cognitività e sulle capacità percettive.

Dal punto di vista clinico si caratterizza per la variabilità dei sintomi, sia in termini quantitativi che qualitativi e per la presenza di compromissione dello stato di vigilanza, dell'attenzione, dell'orientamento, del pensiero astratto, della memoria e del ritmo sonno-veglia.

E' una delle più comuni alterazioni dello stato mentale riscontrabile in soggetti anziani; inoltre, è noto che il delirium ha un impatto sfavorevole su outcomes a lungo termine, quali la durata dell'ospedalizzazione, le performances cognitive e funzionali, il rischio di ri-ospedalizzazione, l'istituzionalizzazione e il decesso.

DEFINIZIONE DI DELIRIUM

"Sindrome complessa che deriva da cause multifattoriali, caratterizzata da turbe significative della coscienza, della percezione, del pensiero, del sonno, delle funzioni cognitive".

Se ne distinguono due forme principali:

- Iperattivo in cui il paziente si presenta agitato a livello motorio, disorientato nello spazio e nel

tempo e soggetto ad allucinazioni visive ed uditive;

- lpoattivo in cui il paziente non presenta nessuno dei precedenti sintomi, bensì apatia, sopore e soprattutto assenza di comunicazione e risposta a stimoli di varia natura.

FATTORI DI RISCHIO

I fattori che incidono sull'insorgenza di delirium sono rappresentati da:

1) Fattori predisponenti:

- età avanzata (oltre i 65 anni);
- turbe cognitive preesistenti;
- polipatologia;
- disidratazione;
- abuso di alcool.

2) Fattori precipitanti:

- lesioni cerebrali;
- interventi chirurgici;
- effetti secondari dei farmaci soprattutto quelli ad azione anticolinergica utilizzati per trattare patologie frequentemente presenti nell'anziano, quali il morbo di Parkinson, la depressione, demenza e la confusione mentale;
- infezioni;
- disturbi endocrino- metabolici;
- ritenzione urinaria acuta, stipsi;
- alterazioni idro-elettrolitiche;
- compromissione cardio-polmonare e/o ipossia;
- sindrome d'astinenza (benzodiazepine, alcool, nicotina);
- ambiente ecologicamente non adeguato (es. deficit o eccesso di stimolazioni sensoriali, deficit di sonno, cambiamenti di luogo);
- stress psicosociale.

Le conseguenze delle cause sopra menzionate, che se associate costituiscono una condizione multifattoriale, possono portare a:

- uno stato di pericolo del paziente (aumento della morbidità);
- perdita dell'autonomia;
- turbe della comunicazione;
- rottura dei legami relazionali;
- diminuzione della capacità di discernimento;
- perdita del ruolo, dell'immagine e dell'identità sociale;
- esperienza traumatica per il paziente e la famiglia;
- maggiore intensità di assistenza infermieristica;
- allungamento dei tempi di ospedalizzazione.

La durata degli episodi di delirium è generalmente breve, soprattutto se la causa del disturbo viene corretta. Infatti se la causa di delirium è identificata prontamente e se viene istituito un trattamento appropriato, l'intera sintomatologia è totalmente reversibile. Il mancato riconoscimento di patologie importanti che si manifestano nell'anziano con uno stato confusionale può avere gravi conseguenze come sopra menzionate.

STRUMENTI DI RILEVAZIONE UTILIZZATI PER LA REALIZZAZIONE DELL'INDAGINE

Lo strumento utilizzato nell'indagine rivolta allo staff infermieristico (14 infermieri) per la rilevazione dei dati, è stato un questionario realizzato dall'autrice della tesi tenendo conto delle indicazioni contenute in letteratura. Attraverso il questionario si è cercato di fotografare il contesto in cui gli infermieri si apprestano ad assistere l'anziano con alterazioni comportamentali. Esso è composto da tredici domande a risposta multipla.

Inizialmente si indagano le generalità del compilatore e l'anzianità di servizio prestata, una seconda area di interesse raccoglie dati riguardo l'informazione presente tra gli infermieri sul delirium, le sue manifestazioni, gli interventi di prevenzione, possibili cause di delirium. La parte conclusiva misura le impressioni avvertite dal personale infermieristico circa le possibili conseguenze legate all'incidenza del delirium.

Una seconda indagine conoscitiva è stata svolta su 30 pazienti per verificare l'esistenza del delirium o la presenza di sintomatologia a rischio. Sono stati utilizzati strumenti validati in letteratura.

Inizialmente è stato somministrato il MMSE, test per valutare lo stato cognitivo. Successivamente è stato somministrato CAM *Algorithm* come test di screening per valutare la presenza di delirium e i soggetti a rischio di manifestarlo.

RISULTATI DELL'INDAGINE

Dal campione di pazienti è emerso che il 20% degli stessi è risultato positivo alla CAM, il 10% ha manifestato 2 items della scala, il 20% 1 item; mentre il 50% restante non ha manifestato alcun item. Quindi il problema nella realtà operativa risulta essere presente, con un potenziale margine di rischio di insorgenza di delirium.

I pazienti che hanno manifestato delirium presentavano un punteggio di MMSE compreso tra 19 e 7, quindi un deterioramento cognitivo moderato e grave.

Dall'indagine rivolta allo staff infermieristico è emerso che la maggior parte degli stessi:

- è consapevole dell'esistenza del problema, in quanto nella pratica operativa lo vive una volta a settimana;
- è convinto che il delirium si può manifestare attraverso comportamenti iperattivi e quindi solo l'agitazione viene considerata sintomatica del delirium, e viene sottovalutato il comportamento ipoattivo;
- è a conoscenza i fattori di rischio di tipo organico, percettivo e ambientale il cui squilibrio può indurre stati di delirium;
- è a conoscenza degli interventi per prevenire stati di delirium, interventi di supporto fisiologico, sull'ambiente e psicosociali.

CONCLUSIONI

Gli infermieri prestano assistenza continua ai pazienti, facilitando la possibilità di effettuare un riconoscimento precoce del delirium.

La creazione di protocolli, finalizzati all'organizzazione di modalità e tempi di monitoraggio dei pazienti e l'attuazione di interventi di prevenzione, è auspicabile per la realizzazione di una operatività condivisa che diminuirebbe il rischio di mancato rilievo della sintomatologia dovuto a dispersione temporale o ad errata percezione del problema.

Dalla generalità delle risposte del questionario è emerso che è necessario approfondire le conoscenze rispetto al comportamento ipoattivo del delirium. Diviene fondamentale che il personale infermieristico implementi le conoscenze ed i comportamenti volti ad attuare gli interventi per tutelare la situazione fisica della persona senza trascurare le strategie ambientali e relazionali, la cui importanza terapeutica è assodata dalla letteratura.

INTERVENTI DI PREVENZIONE

La letteratura riguardante il tema del delirium sostiene che il trattamento farmacologico costituisce l'ultima alternativa di intervento a cui ricorrere per controllare i disturbi di comportamento. Infatti, il farmaco non interviene direttamente sulla causa del problema, per cui è necessario dare priorità agli interventi non farmacologici per comprendere in maniera più chiara possibile le cause ad esso sottostanti. Sono stati individuati dei principi di intervento generali validi per tutti i pazienti a rischio di manifestare delirium:

- Supporto fisiologico:

- 1) fornire un' adeguata idratazione e regolare apporto nutritivo;
- 2) stabilire/Mantenere un normale bilancio idro-elettrolitico;
- 3) stabilire/mantenere normali schemi sonno e veglia;
- 4) le alterazioni della minzione e della defecazione possono essere da soli causa di delirium: è necessario regolarizzare la funzione urinaria e quella intestinale.
- 5) favorire l'attività fisica, mobilitando il paziente per evitare la sindrome da allettamento;
- 6) gestire il dolore;
- 7) supporto con ossigeno.

- Comunicazione:

- 1) usare frasi corte e semplici;
- 2) parlare lentamente ed in modo chiaro;
- 3) ripetere le domande se necessario, lasciando tempo per rispondere;
- 4) ascoltare quello che il paziente dice, osservare i comportamenti e cercare di identificare i messaggi, le emozioni che vengono comunicate.

- Ambiente:

- 1) dare informazioni sulle apparecchiature non familiari;
- 2) usare calendari ed orologi per aiutare il paziente ad orientarsi;
- 3) evitare cambiamenti nella camera del paziente;
- 4) evitare la contenzione fisica;
- 5) servirsi di un "badante" o un membro della famiglia che stia con il paziente;
- 6) ambiente adatto ed approccio multidisciplinare. (10,17,27) L'ambiente deve essere: calmo e tranquillo, con buona illuminazione non eccessiva che eviti possibilmente le ombre (causano illusioni), deve tendere a conservare il ritmo giorno-notte; evitare i rumori improvvisi e fastidiosi; favorire l'orientamento (grandi orologi, calendari ben leggibili); essere provvisto di oggetti familiari; evitare il più possibile i trasferimenti e i cambiamenti.
- 7) Correzione dei deficit sensoriali con occhiali e protesi acustiche.

- Psicosociali/relazionali:

- 1) Permettere ai pazienti di stabilire i propri limiti e non forzarli a fare cose che non vogliono;
- 2) Permettere al paziente di impegnarsi in attività che limitano l'ansia;
- 3) Favorire le relazioni sociali del paziente con familiari e amici, che vanno costantemente informati sul motivo dell'agitazione, sulle condizioni cliniche del paziente.

RISCALDATORI AD ARIA

di Sara De Vecchi

STUDIO DESCRITTIVO SULL'UTILIZZO DEI RISCALDATORI AD ARIA FORZATA NELLA GESTIONE DELL'IPOTERMIA POST-OPERATORIA IN TERAPIA INTENSIVA

INTRODUZIONE

Durante il mio percorso di formazione infermieristica ho svolto un periodo di tirocinio pratico presso l'Unità Operativa di Terapia Intensiva della Rianimazione Centrale in cui vengono accolti soprattutto pazienti post-operati di chirurgia maggiore. In questa U.O. ho potuto osservare che gli infermieri non seguono criteri omogenei nella gestione dell'ipotermia e nell'utilizzo dei riscaldatori ad aria forzata. Sono inoltre venuta a conoscenza di una precedente indagine svolta in alcune Terapie Intensive di Padova sulle conoscenze degli infermieri riguardo la gestione dell'ipotermia post-operatoria. Tale indagine ha rilevato che gli infermieri hanno una discreta conoscenza al riguardo e che l'87% di loro utilizza i riscaldatori ad aria forzata. Ho quindi ritenuto interessante continuare questa indagine concentrandomi sui riscaldatori con l'obiettivo di verificare le conoscenze e le abitudini degli infermieri, confrontarle con la letteratura presente sull'argomento e ricavare da essa alcune raccomandazioni più precise. L'obiettivo è stato raggiunto con la somministrazione di un questionario agli infermieri di cinque Terapie Intensive di Padova che accolgono soprattutto pazienti post-operati di chirurgia maggiore.

LA TERMOREGOLAZIONE

L'ipotermia è definita come un valore di TC $< 36^{\circ}\text{C}$. Uno stato di ipotermia determina diverse modificazioni fisiopatologiche che interessano organi e sistemi, la cui entità dipende dal grado e dalla durata dell'ipotermia. In particolare queste ripercussioni interessano: il Sist. Cardiocircolatorio, SNC, Equilibrio acido-base, Sist. Respiratorio, Sist. Renale e fegato, Sist. Muscolare, Coagulazione. Le cause principali dell'ipotermia post-operatoria sono: l'induzione dell'anestesia e l'esposizione in ambienti operatori freddi. Tra i fattori che influenzano la TC vi è la T ambientale, fattore critico per lo sviluppo dell'ipotermia, soprattutto in età estreme. Tra i fattori che influenzano la TC vi è anche il tipo di paziente, particolarmente importanti sono l'età e la sua costituzione fisica. Anche il tipo di chirurgia può influenzare in maniera più o meno importante le variazioni della T in quanto le perdite di calore aumentano durante interventi in cui è prevista l'esposizione di parti anatomiche e le perdite ematiche possono comportare l'infusione di grosse quantità di liquidi più o meno adeguatamente riscaldati. La prevenzione e il trattamento dell'ipotermia vengono effettuati attraverso il riscaldamento del paziente e la vasodilatazione farmacologica che però va indotta molte ore prima dell'anestesia. Il riscaldamento è la pratica più diffusa, esistono diversi tipi di riscaldamento: esterno passivo, interno, il preriscaldamento e l'esterno attivo. Il riscaldamento esterno passivo viene ottenuto con l'utilizzo di coperte metalliche e ha una scarsa efficacia, riduce la dispersione termica solo del 10-30% in più rispetto ai teli chirurgici.

Per riscaldamento interno invece si intende il riscaldamento dei fluidi e delle vie respiratorie.

Il preriscaldamento consiste nel riscaldare il paziente prima dell'induzione dell'anestesia e solitamente viene attuato mediante il riscaldamento esterno attivo. Quest'ultimo ha un'efficacia proporzionale all'area della superficie corporea che può essere sfruttata. Esistono diversi metodi di riscaldamento esterno attivo tra i quali: i sistemi per il riscaldamento resistivo (coperte elettriche), i materassi ad acqua circo-

lante, il riscaldamento per irraggiamento (che sfrutta la radiazione infrarossa) e il riscaldamento ad aria forzata, il più efficace. È stato inoltre dimostrato che l'aria forzata permette di mantenere la normotermia anche durante interventi molto lunghi ed invasivi. Nel riscaldamento ad aria forzata il corpo viene riscaldato mediante due meccanismi: flusso di aria calda diretto verso il corpo dove le arterie sono più superficiali e la riduzione della dispersione termica per irradiazione. Questi sistemi sono composti da un generatore di aria calda che alimenta un convettore multiperforato monouso solitamente composto da una combinazione di tessuto e plastica o carta. Esistono diverse tipologie di termocoperta secondo le specifiche applicazioni cui sono destinate.

OBIETTIVI DELLO STUDIO

Verificare le conoscenze degli infermieri riguardo l'utilizzo dei riscaldatori ad aria forzata nella gestione dell'ipotermia post-operatoria; confrontare i risultati ottenuti con le indicazioni della letteratura presente sull'argomento; ricavare dalla letteratura alcune raccomandazioni chiare da seguire.

MATERIALI E METODI

Il campione preso in esame comprende infermieri di 5 TI di Padova: Rianimazione Centrale, ISTAR1, ISTAR 2, TIPO Clinica chirurgica I, TIPO dell'OSA. Al campione è stato somministrato un questionario anonimo composto da 10 domande per il periodo che va dall'8 al 28 luglio 2008.

RISULTATI

Sono stati consegnati 137 questionari corrispondenti al n totale degli inf delle 5 TI e ne sono stati compilati 85, pari al 62% degli infermieri del campione. Da alcune delle domande poste nel questionario ho ottenuto i seguenti risultati: riguardo la TC del paziente il 57,6% degli infermieri applica il riscaldatore quando rileva una TC $<35^{\circ}\text{C}$, solo il 21,1% quando è $<36^{\circ}\text{C}$, cioè quando si abbassa oltre il valore soglia dell'ipotermia. Alla domanda sul posizionamento della termocoperta è risultato che il 36,4% degli infermieri posiziona correttamente il lato forato della termocoperta verso il paziente, mentre il 60% lo posiziona vrs l'esterno. Dalla domanda riguardante lo spegnimento del riscaldatore è emerso che solo il 2,3% spegne il riscaldatore quando la TC del paziente ha raggiunto i $36,7^{\circ}\text{C}$; il 29,4% quando raggiunge i $36,5^{\circ}\text{C}$ e il 30,5% quando arriva a 37°C . Chiedendo agli infermieri su quali criteri si basano per scegliere la T da impostare sul riscaldatore è emerso che il 70% si basa sulla situazione clinica del paziente, il 41% sull'esperienza personale e solo il 5,8% su linee guida o evidenze scientifiche.

DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Il riscaldatore ad aria forzata va applicato quando al paziente viene rilevata una TC $<36^{\circ}\text{C}$; solitamente questi sistemi hanno tre livelli di Temperatura preimpostati: ALTA 43°C , MEDIA 38°C e BASSA 32°C e la Temperatura dell'aria che arriva al paziente è di circa 2°C inferiore a quella selezionata. La coperta riscaldante va posizionata a diretto contatto con il soggetto con il lato forato della termocoperta dal quale viene erogata l'aria riscaldata rivolto verso il paziente. Quest'ultima raccomandazione non sembra essere chiara agli infermieri da quanto emerge nella domanda n.7, in cui il 60% afferma di posizionare la termocoperta con il lato forato rivolto verso l'esterno. Non va mai riscaldato il paziente con il solo tubo del riscaldatore per evitare danni termici, è quindi preoccupante che ben il 79,2% degli infermieri lo faccia (domanda n.8). Secondo il Manuale d'uso dei riscaldatori più diffusi in commercio, la TC del paziente a cui è stato posizionato il sistema ad aria forzata andrebbe controllata ogni 10-20 minuti. I risultati riportati sono esemplificativi di ciò che è emerso dall'elaborazione dei dati ottenuti con il questionario, in particolare mettono in evidenza che:

- Gli infermieri hanno una scarsa conoscenza del corretto utilizzo dei riscaldatori per la gestione dell'ipotermia post-operatoria;
- Esiste una grande disomogeneità nelle risposte;
- Mancano linee guida da seguire per l'impostazione e l'utilizzo dei riscaldatori.

Da queste conclusioni emerge la necessità di raccomandazioni precise e chiare per l'utilizzo dei riscaldatori e la necessità di proposte formative per gli infermieri della TI.

PROPOSTA

A tale proposito Sembra attuabile la produzione di un algoritmo per il corretto utilizzo del sistema ad aria forzata nella gestione dell'ipotermia post-operatoria contenente le indicazioni presenti in letteratura. Alla tesi ho Allegato uno schema che potrebbe essere una traccia su cui costruire l'algoritmo. L'uso corretto del riscaldatore ad aria forzata dovrebbe essere promosso mediante riunioni e discussioni tra il personale infermieristico di ciascun reparto finalizzate alla condivisione dell'algoritmo e alla sua implementazione nell'uso quotidiano. Il progetto di miglioramento dovrebbe prevedere delle verifiche per monitorare l'effettiva modificazione dei comportamenti.

COMPORTAMENTO ALIMENTARE

di Silvia Pasqual

Il Ruolo dell'Infermiere nell'assistenza alla persona con disturbi del comportamento alimentare: una indagine esplorativa

Capitolo 1. Descrizione del problema.

I disturbi del comportamento alimentare comprendono l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa ed i disturbi alimentari non altrimenti specificati. L'eziologia è multifattoriale e comprende fattori genetici, ambientali, culturali, familiari, psicopatologici. Essi si riflettono in modo grave sia sul piano fisico che su quello psico-sociale. L'Infermiere può, in base al proprio profilo professionale, intervenire dal punto di vista assistenziale in modo completo e rappresentare una valida risorsa in quanto queste patologie si riflettono su tutte le dimensioni della salute. Analizzando l'attuale situazione in Italia, emerge che presso i diversi servizi specializzati del Veneto il personale infermieristico è poco rappresentato ed utilizzato solo per alcune attività molto legate alle funzioni collaborative strette.

Capitolo 2. Obiettivi dell'elaborato.

Obiettivo generale.

Obiettivo generale di questo studio è quello di descrivere lo stato attuale dell'assistenza infermieristica alla persona con disturbi del comportamento alimentare nella realtà Veneta.

Obiettivi specifici.

Obiettivo 1: analizzare quali attività ed interventi sono attualmente richiesti dall'infermiere in due servizi specializzati del Veneto, selezionati tra tutti i servizi presenti tenendo conto del numero di infermieri che vi operano.

Obiettivo 2: confrontare ciò che è emerso dall'analisi dei due contesti con quanto rilevato dalla letteratura ed individuare punti di forza e di debolezza.

Capitolo 3. Revisione della letteratura

Per poter definire le modalità d'approccio e gli interventi infermieristici sulla persona con DCA basati sulle ultime evidenze scientifiche, è stata effettuata una revisione della letteratura. La ricerca è stata effettuata attraverso Internet.

Alla luce dell'analisi si sono ricavati importanti temi:

- la necessità da parte dell'infermiere di creare un'alleanza terapeutica con la persona per poter ottenere dei risultati;
- il coinvolgimento del paziente nel piano terapeutico: la persona deve essere aiutata a prendere

coscienza della propria situazione e ad assumere decisioni.

- l'impatto del problema sull'intera famiglia della persona: di fronte ad un simile problema i familiari, si sentono impotenti ed incompresi, temono il giudizio altrui, non conoscono le risorse disponibili;
- la famiglia come importante risorsa per i professionisti: l'infermiere, oltre a coinvolgere i familiari nella pianificazione dell'assistenza infermieristica, può promuovere la collaborazione tra i familiari ed il resto del team multidisciplinare;
- l'esigenza di un trattamento integrato: è prevista la collaborazione tra diverse figure quali il medico psichiatra, gli infermieri, lo psico-terapeuta, il dietista e l'assistente sociale.

Capitolo 4. Materiali e metodi.

Lo studio è stato condotto attraverso un'indagine esplorativa. Hanno partecipato allo studio gli infermieri presenti in due servizi per DCA del Veneto: in totale otto infermieri, dei quali cinque possiedono dai 6 ai 10 anni di esperienza lavorativa nel campo dei DCA, un unico infermiere più di 10 anni e due da 1 a 5 anni. Sono stati inclusi anche i rispettivi Responsabili di Unità Operativa.

L'attività di raccolta dati è stata completata nell'arco di due mesi, precisamente dal mese di giugno a quello di agosto. Sono stati utilizzati in totale quattro strumenti di accertamento:

- questionario proposto agli infermieri partecipanti allo studio, elaborato sulla scorta della letteratura internazionale;
- focus group alla luce dei risultati del questionario;
- intervista rivolta ai Responsabili di Unità Operativa;

Il questionario era semi-strutturato, composto cioè da domande a risposta multipla, alcune delle quali consentivano più risposte, da alcune domande aperte a risposta breve con il fine di ottenere informazioni più precise e da scale di misurazione espresse sulla dimensione della frequenza d'occorrenza di un certo intervento.

Capitolo 5. Risultati.

La somministrazione del questionario ha permesso di: appurare quali fossero le attività, sia sulla persona che sui familiari, realmente svolte dagli infermieri nei contesti prescelti e quindi verificare se i risultati corrispondevano a quanto emerso dalla revisione della letteratura precedentemente realizzata; conoscere in quale misura tali attività infermieristiche vengono svolte nell'arco di un turno di lavoro; ottenere informazioni riguardo alla percezione degli infermieri sull'adeguatezza della formazione professionale riguardante l'assistenza infermieristica alla persona con DCA; constatare il livello di partecipazione dell'infermiere all'interno dell'equipe multidisciplinare.

Innanzitutto si evince come nel corso del turno mattutino venga dedicata una maggior percentuale di tempo ad attività di natura tecnica (esecuzione esami di laboratorio e strumentali, misurazione parametri vitali, somministrazione terapia), rispetto a quelle relazionali, e come nel corso del turno pomeridiano la situazione risulti totalmente capovolta.

Dal questionario si è rilevato che le attività considerate come le più problematiche sono l'ascolto attivo ed il sostegno psicologico alla persona con DCA, l'educazione terapeutica e fungere da figura mediatrice tra persona/familiari ed il resto dell'equipe multiprofessionale.

Il 75% degli infermieri sostiene che alla base di queste problematiche vi è una necessità di maggior formazione professionale, mentre il restante 25% motiva la scelta delle attività più complesse con la

scarsa esperienza lavorativa.

Rilevante risulta essere il fatto che 7 infermieri su 8 non hanno frequentato corsi di aggiornamento sulla relazione terapeutica infermiere-paziente con DCA negli ultimi due anni lavorativi e percepiscono inadeguatezza nella loro formazione professionale in tale ambito.

Nella parte finale del questionario è stato chiesto di indicare quali fossero i requisiti indispensabili per poter fornire assistenza infermieristica alla persona con DCA: significativo risulta essere il fatto che solo 3 infermieri ritengono importante la conoscenza approfondita della psicologia e delle principali filosofie e correnti di pensiero psicologiche.

Alla luce di quanto emerso dall'analisi dei questionari, sono stati individuati i seguenti temi principali, affrontati successivamente in entrambi i gruppi:

1. le difficoltà da parte dell'infermiere nello svolgere il ruolo di figura mediatrice tra paziente-membri dell'equipe multiprofessionale; in particolare è stato sottolineato che talvolta durante le riunioni d'equipe emergono opinioni contrastanti tra i diversi professionisti circa il trattamento da porre in essere;
2. la difficoltà da parte dell'infermiere nel fornire sostegno psicologico, opportunità d'ascolto attivo e nell'educare la persona con DCA; in particolare si ritiene che la relazione d'aiuto infermiere-paziente si possa creare soprattutto grazie alla stretta vicinanza con il paziente, ponendo in secondo piano le competenze relazionali dell'infermiere;
3. l'attuale carenza di infermieri nei servizi per DCA;
4. l'assenza di ricerca infermieristica in Italia su tale argomento.

Gli aspetti principali emersi dalle interviste ai Responsabili di U.O. riguardano:

- l'utilizzo dell'infermiere nei servizi esaminati: sono state messe in evidenza soprattutto le competenze tecniche dell'infermiere ed il ruolo di mediazione. E' stato sottolineato però che stanno emergendo sempre di più le competenze relazionali ed educative.
- l'attuale carenza di infermieri nei diversi servizi per la cura dei DCA nel Veneto: i Responsabili di U.O. hanno risposto descrivendo l'attuale contesto per il trattamento dei DCA: la situazione dei servizi dedicati specificatamente alla cura dei DCA è molto scarsa. Spesso i DCA vengono trattati nei contesti più disparati dai CSM alle U.O. di medicina, pediatria. Inoltre il ruolo dell'infermiere nell'ambito dei DCA è emerso più tardi rispetto a quello delle altre figure.

Capitolo 6. Conclusione.

Fornire assistenza a questo tipo di utenza comporta delle forti implicazioni per la pratica clinica infermieristica in quanto permette di focalizzare interamente l'attenzione sulla persona e di esprimere tutte le competenze professionali risultando pertanto molto gratificante per il professionista.

Il più importante limite dello studio svolto è rappresentato dal campione, composto solamente da 8 infermieri e 2 medici. Tale restrizione è stata dettata dall'attuale scarsità di servizi specifici per il trattamento dei DCA e dalla conseguente insufficiente presenza di infermieri.

Porterebbe a risultati maggiormente rilevanti una ulteriore ricerca, estesa a più servizi italiani, tale da ampliare il campione da esaminare e ottenere un'analisi più approfondita del ruolo dell'infermiere ad oggi esistente in Italia.

BURNOUT IN S.P.D.C.

di Andrea Ballacchino

Sindrome da Burnout: un'indagine descrittiva sul personale infermieristico del SPDC di Portogruaro

Parole chiave: Burnout, Stress emotivo, Assistenza infermieristica nel SPDC

Background

Problema: Circa il 25% degli infermieri soffre di burnout (Landau, 1992). Nel 2001, uno studio sullo stress occupazionale condotto in un ospedale del centro Italia, rivela che il 70% degli infermieri manifesta il problema. Il Burnout è una sindrome multidimensionale, caratterizzata dalla combinazione di esaurimento emotivo depersonalizzazione del paziente e ridotta realizzazione personale (Maslach e Jackson 1978, 1996), tipica delle cosiddette "professioni d'aiuto" nelle quali una significativa porzione di tempo è trascorsa in stretto ed intimo contatto con gli utenti. E' la risposta ad uno stress lavorativo, prolungato od eccessivo (Perlman ed Hartman, 1982) ove per stress s'intende la risposta fisiologica e psicologica dell'individuo dinanzi alla percezione, a lungo termine, di uno squilibrio esistente tra richieste e capacità/risorse disponibili per fronteggiarle.

Cause: Il burnout nell'infermiere di area psichiatrica è causato soprattutto dal fronteggiare a lungo termine situazioni coinvolgenti ed esigenti a livello emotivo e dal confronto abituale con comportamenti complessi del paziente (agiti aggressivi auto ed etero diretti, rifiuto del regime terapeutico farmacologico, tentativi di fuga, suicidio, omicidio).

Sintomi: Il burnout si manifesta con: persistente stanchezza psicofisica, tensione ed irritabilità che sfociano in esplosioni di rabbia verso chiunque, atteggiamento distaccato cinico e colpevolizzante verso gli utenti, riduzione della concentrazione con aumentata possibilità di commettere errori, schivamento del lavoro, letargia, insonnia, cefalea, ipertensione, aritmie, disturbi gastrointestinali (manifestazioni fisiche) e riflessi sulla vita personale quali incapacità di rilassarsi, diminuito desiderio sessuale ed isolamento sociale.

Conseguenze: Le principali conseguenze del burnout sono: incapacità di ascolto empatico e di assumere decisioni rapide e corrette, minor attenzione verso i bisogni assistenziali, tendenza a sottovalutare i segni di suicidabilità, frequente richiesta di tranquillanti per sedare il paziente, assenteismo, depressione e contemplazione di suicidio. Tutto ciò amplifica la patologia dell'utente e peggiora la qualità delle cure erogate con danno al servizio.

C'è evidenza a) che gli infermieri di area psichiatrica sono tra i più esposti al rischio di burnout. b) che l'infermiere vittima di violenza frequente ed intensa da parte del paziente sperimenta la sindrome: un evento avverso può avere influenza emotiva sulla pratica clinica fino a 10 anni successivi al suo verificarsi. c) e che l'atteggiamento dell'infermiere ha effetti sul decorso della malattia psichiatrica.

Materiali e metodi

Scopo e quesito di ricerca: lo scopo del presente studio è stato quello di valutare se presente il burnout tra gli infermieri del SPDC di Portogruaro. Il quesito che ha orientato la ricerca è il seguente: "esiste una relazione tra complessità assistenziale richiesta dal paziente psichiatrico acuto e burnout dell'infermiere che lavora nel SPDC?".

Disegno dello studio e campionamento: è stato condotto uno studio osservazionale di tipo descrittivo su un campione di convenienza costituito da 16 infermieri ai quali è stata somministrata la versione italiana del questionario semistrutturato, valido ed affidabile, denominato Maslach Burnout Inventory (MBI). I dati raccolti sono stati successivamente elaborati secondo tecniche di statistica descrittiva mediante il software Excel 2007.

Questionario: la scala di Maslach è costituita da:

a) 22 item raggruppabili in tre sottoscale denominate: Esaurimento emotivo (EE), Depersonalizzazione (DP), e Realizzazione personale (RP).

b) due domande a breve risposta aperta sugli aspetti della corrente esperienza professionale giudicati più positivi o negativi;

c) scheda demografica che indaga variabili quali genere, età, posizione lavorativa, ore di lavoro settimanale ed anni di servizio nell' attuale impiego.

Il rispondente deve riportare su una scala di Likert da 0 (mai) a 6 (ogni giorno) la frequenza con la quale ritiene di aver provato una serie di sentimenti correlati al lavoro. Il punteggio di ciascuna sottoscala, sulla base della griglia "Categorizzazione dei punteggi, è classificabile come basso, medio od elevato. Il burnout è dato dalla combinazione di elevato punteggio nelle sottoscale esaurimento emotivo e depersonalizzazione con basso punteggio sulla realizzazione personale.

Griglia "Categorizzazione punteggi per sottoscala".

	EE	DP	DP
Elevato	>24	>9	<9
Medio	15-23	4-8	4-8
Basso	0-14	0-3	0-3

TABELLA

Setting: Il SPDC è il luogo contenitivo della crisi per una prima risposta all'acuzie, ha un ruolo centrale nella valutazione clinico-diagnostica, nell'impostazione delle terapie farmacologiche e nello sviluppo di condizioni favorevoli la presa in carico da parte delle strutture territoriali, si occupa del recupero funzionale-cognitivo dell'utente ricoverato, e pone attenzione agli aspetti riabilitativi e di reintegrazione sociale. L'utenza è caratterizzata da una significativa variabilità riguardo diagnosi, età e bisogni (trattamento sanitario volontario obbligatorio e contenzione, problematiche di ritiro sociale ed autismo, disturbi depressivi con propositi o precedenti di tentato suicidio, etero ed auto aggressività, crisi di astinenza da alcol o droghe, deficit di autocura, rifiuto di mangiare).

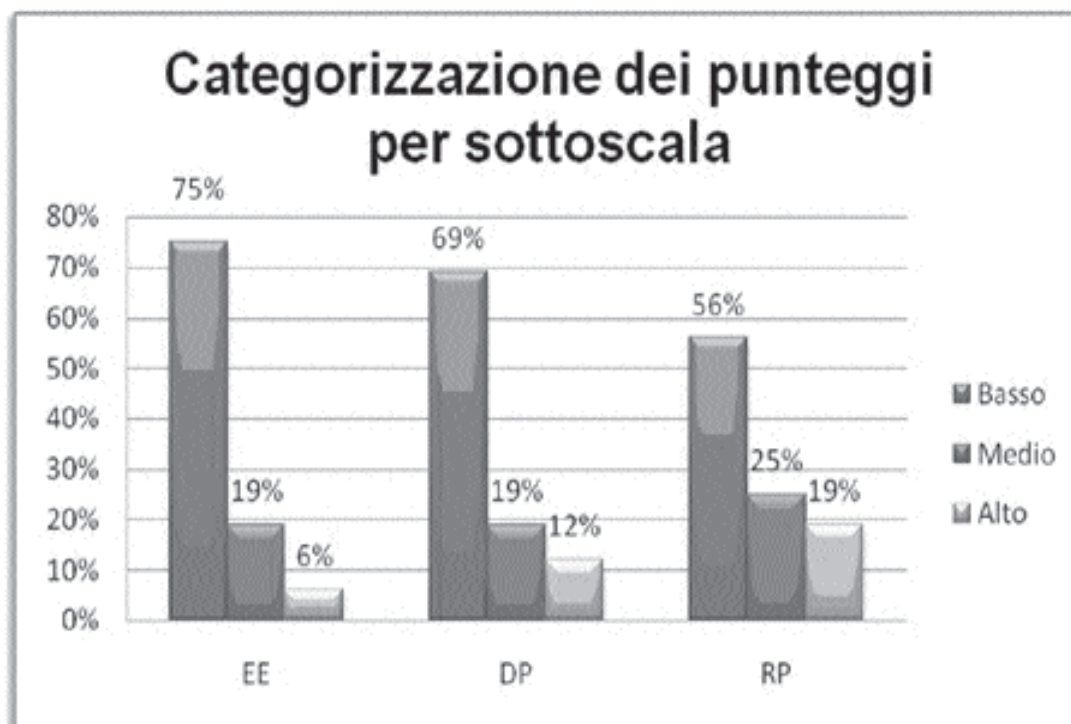
Risultati

Sulla base dei risultati emersi nessuno degli infermieri partecipanti allo studio, al momento dell'indagine, risulta colpito dalla sindrome. Il 75% degli infermieri ai quali è stato somministrato il MBI riporta basso Esaurimento emotivo ed il 69% bassa Depersonalizzazione del paziente. Solo il 6% ed il 12% di essi riporta rispettivamente alti livelli di esaurimento e di depersonalizzazione. Il dato peculiare è che ben il 56% riporta bassa Realizzazione personale (Figura 1). La perdita di abilità tecniche acquisite in precedenti contesti assistenziali e controllare gli effetti personali del paziente al fine di tutelarne la sicurezza sono gli aspetti più negativi del lavoro infermieristico in psichiatria denunciati nelle domande aperte e sono fattori che contribuiscono ad abbassare il senso di realizzazione personale.

Si riportano le risposte alla domanda "In riferimento alla sua attuale esperienza, quali aspetti giudica più negativi della sua professione?": elevato coinvolgimento emotivo nella gestione del paziente violento, difficoltà nel gestire le richieste continuative dei pazienti, imbarazzo e disagio nel controllare gli effetti personali, difficile accettazione delle continue ricadute dei pazienti cronici, perdita di abilità tecniche acquisite in precedenti contesti di lavoro, necessità di sostegno per potere incoraggiare gli altri.

Limiti

I principali limiti dello studio svolto sono stati l'omissione della scheda demografica e delle domande aperte da parte di alcuni infermieri e la ridotta dimensione del campione.



Raccomandazioni ed implicazioni per la pratica

E' suggerita la ripetizione dello studio ampliando il campione al fine di ottenere risultati generalizzabili alla popolazione universo. Il presente studio potrebbe supportare l'impiego del MBI come strumento di screening del burnout rivolto a tutti gli infermieri.

Conclusioni

Nel complesso l'equipe infermieristica presa in esame gode di buona salute sul lavoro, ciò significa che a livello individuale si riescono a cogliere nella professione aspetti gratificanti e che non "pesa" interagire quotidianamente con i pazienti psichiatrici acuti. Solo una minima parte dell'equipe risente dello stress emotivo derivante dall'assistenza della persona affetta da malattia mentale in fase acuta questo potrebbe fornire risposta affermativa al quesito inizialmente posto.

EDUCAZIONE E DIABETE

di Barbara Tassan

CORRETTO STILE DI VITA DEL PAZIENTE DIABETICO TIPO 2 EFFICACIA DI UN INTERVENTO EDUCATIVO - STUDIO SPERIMENTALE

Qual è la cosa più difficile nel prendersi cura della persona affetta da diabete? Molti professionisti sanitari risponderebbero che il maggior problema è la scarsa compliance del paziente. Spesso il paziente diabetico non segue la dieta, né programmi di attività fisica, non controlla la propria glicemia ed assume i farmaci su personali modificazioni posologiche. La cura della malattia cronica richiede una differente visione e ridefinizione della relazione operatore-paziente.

Il diabete quindi, per l'elevata prevalenza e per l'interessamento multisistemico, spesso associato ad altre patologie, richiede un approccio integrato e complesso che prevede il coinvolgimento di molti operatori sanitari: infermiere, dietista, oculista, neurologo, ginecologo, psicologo ed altre figure dell'area socio-sanitaria.

Secondo la definizione dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), "L'educazione terapeutica del paziente è un'attività condotta da operatori sanitari formati. E' progettata per mettere in grado una persona di effettuare la cura della propria condizione e di prevenirne le complicanze evitabili, per mantenere o migliorare la qualità della vita. Il suo scopo principale è produrre un effetto terapeutico aggiuntivo e sinergico a quello di tutti gli altri interventi".

La buona terapia del diabete richiede sempre una assunzione di responsabilità da parte del paziente e di chi lo supporta, e l'educazione terapeutica è lo strumento necessario per attivare questa responsabilità. L'educazione è un processo continuo il cui scopo essenziale è quello di facilitare modifiche comportamentali stabili nel tempo.

Se si vuole definire l'educatore in diabetologia, si può dire che esso è l'operatore sanitario che deve specializzarsi in conoscenze e competenze riguardanti le scienze biologiche e sociali e deve essere in grado di instaurare un buon rapporto con gli altri operatori acquisendo esperienza nel trattamento dei pazienti diabetici. Il ruolo è multidimensionale con tutti i limiti imposti dai rapporti con gli altri componenti del team diabetologico.

L'educazione al paziente è una parte integrante della pratica infermieristica ed è sempre stata un aspetto primario per gli infermieri. Gli infermieri possono influenzare, ma non controllare, i loro pazienti attraverso l'educazione, perché l'apprendimento e il cambiamento sono azioni volontarie. L'educazione del paziente consiste in qualcosa di più di lezioni, depliant e filmati. Richiede una relazione terapeutica. Condurre un intervento educativo sul corretto stile di vita al paziente di tipo 2 ad un gruppo di pazienti, e confrontarne i risultati in termini di efficacia con un altro gruppo a cui non somministrare l'intervento è sembrato un primo passo verso l'implementazione della ricerca in materia e dell'educazione.

Lo studio condotto in questa tesi aveva tre ipotesi di ricerca:

- Un intervento educativo sul corretto stile di vita del paziente diabetico di tipo 2 diminuisce la percentuale di emoglobina glicosilata?
- Un intervento educativo sul corretto stile di vita del paziente diabetico di tipo 2 riduce il peso corporeo e l'indice BMI?
- Un intervento educativo al paziente diabetico di tipo 2 riesce ad aumentarne la compliance?

E' stato eseguito uno studio sperimentale prospettico, randomizzato e controllato per testare gli effetti di un intervento educativo aggiuntivo (gruppo sperimentale) contro un trattamento standard (gruppo di

controllo) in una popolazione di pazienti diabetici che afferiva al Servizio di Diabetologia dell'ospedale "Dell'Angelo" di Mestre (VE) - ULSS 12 Veneziana, in termini di riduzione di peso, BMI ed emoglobina glicata.

Per questo studio sono stati arruolati 32 pazienti, 16 maschi e 16 femmine, nel periodo compreso tra il 19 giugno 2008 e il 04 luglio 2008, con i seguenti criteri di inclusione:

- Patologia: Diabete Mellito di tipo 2;
- Età anagrafica compresa tra i 50 ed i 75 anni;
- Valori di Emoglobina Glicosilata al momento del reclutamento: $> 6,5\%$ e $\leq 9\%$
- Pazienti che non abbiano mai seguito corsi o interventi educativi specifici/strutturati riguardanti il corretto stile di vita del paziente diabetico.

I 32 soggetti sono stati suddivisi in due gruppi: il gruppo sperimentale ed il gruppo di controllo, composti entrambi da 16 pazienti, 8 maschi ed 8 femmine.

Di tutti i soggetti sono stati rilevati: età, sesso, anno di diagnosi del diabete, dieta prescrittagli, peso, valori di Emoglobina glicosilata e terapia/trattamento seguiti. Il peso, il BMI ed il valore di emoglobina glicosilata sono stati rilevati al momento del reclutamento e poi a termine dei tre mesi per tutti i pazienti (gruppi: caso, controllo).

I pazienti sono stati reperiti per lo studio durante le routinarie visite di controllo con il medico diabetologo, e sono stati inseriti casualmente, uno dopo l'altro, in uno dei due gruppi, fino a completamento del campione.

Ai soggetti inseriti nel gruppo sperimentale è stato spiegato il progetto di ricerca ed è stato fatto firmare un modulo di consenso. A questi soggetti è stato poi somministrato l'intervento educativo sul corretto stile di vita e sono stati seguiti telefonicamente a cadenza regolare di 20 giorni per i tre mesi successivi all'intervento, mentre ai soggetti del gruppo di controllo non è stato somministrato l'intervento e non sono stati contattati fino al successivo controllo, stabilito a tre mesi.

Gli obiettivi dell'intervento erano che il paziente, a termine dell'incontro, fosse in grado di:

- individuare gli elementi essenziali della patologia diabetica e riconoscerne le relative complicanze;
- esprimere l'utilità del modificare il proprio stile di vita per essere motivato a farlo;
- saper descrivere gli alimenti ed interpretare le etichette nutrizionali per essere autonomo nella gestione della propria alimentazione.

L'iniziativa è stata preparata attraverso la consultazione di testi specializzati, operando una ricerca bibliografica su riviste e siti internet di nursing e diabetologia e utilizzando materiale informativo e formativo presente nel servizio di Diabetologia dove si è svolto l'intero studio. In seguito a ciò sono state preparate una serie di slides in formato Power Point da proiettare durante gli incontri, poi stampate e consegnate a termine degli incontri per l'eventuale consultazione a domicilio e sono stati inoltre reperiti una serie di alimenti per creare un laboratorio durante gli incontri, per spiegare come leggere l'etichetta nutrizionale.

Gli incontri duravano da un'ora ad un'ora e mezza ciascuno e comprendevano la parte didattica frontale di spiegazione attraverso l'ausilio delle slides e lo scambio di informazioni tra pazienti e tra pazienti e ricercatore.

Al fine di venire incontro ad esigenze e bisogni dei pazienti, gli incontri non sono stati programmati con cadenza regolare e sono stati somministrati sia a gruppi di pazienti, sia a singoli pazienti. La partecipazione agli incontri era aperta anche ai familiari dei pazienti, lì dove sia familiari che pazienti fossero concordi. Considerata la differente età e scolarità dei pazienti, è stato adottato un linguaggio semplice, con l'ausilio anche di esempi e metafore, senza però banalizzare i messaggi. Lo stile comunicativo scelto è stato di tipo positivo, ovvero si è scelto di evitare imposizioni, limitazioni estreme e un'eccessiva drammatizzazione della patologia.

Gli incontri sono stati gestiti interamente dal ricercatore, dopo la consultazione dei sussidi preparati da parte dello staff infermieristico e del medico diabetologo del servizio.

L'intervento educativo veniva poi seguito da un follow-up telefonico a cadenza regolare di 20 giorni, per rispondere ad eventuali dubbi e domande, per testare l'effettiva comprensione di ciò che era stato trattato durante l'incontro frontale e per effettuare un rinforzo motivazionale personalizzato ad adottare stili

di vita più corretti. I pazienti erano altresì in possesso di recapito telefonico a cui rivolgersi, in caso di bisogno, anche al di fuori delle scadenze del follow-up stabilito.

I risultati dello studio sono riassunti nella seguente tabella:

<i>Variabili di risultato</i> (dati iniziali - dati finali) Gruppo Media Deviazione Standard p-value (t-test)	<i>Gruppo</i>	<i>Media Deviazione Standard</i>	<i>p-value (t-test)</i>
Differenza peso (Kg)			0,001
	Sperimentale (1)	2,94 ± 2,98	
	Controllo (0)	-0,38 ± 1,50	
Differenza BMI			0,001
	Sperimentale (1)	1,07 ± 1,10	
	Controllo (0)	-0,15 ± 0,55	
Differenza HbA _{1C} (%)			0,031
	Sperimentale (1)	0,65 ± 0,89	
	Controllo (0)	-0,5 ± 0,71	

Nella presente sperimentazione, emerge come si sia verificata una significativa diminuzione di peso, BMI ed emoglobina glicosilata nei pazienti che hanno partecipato all'intervento educativo e che sono poi stati seguiti attraverso il follow up telefonico. L'emoglobina glicosilata dei soggetti del gruppo sperimentale al momento dell'arruolamento aveva dei valori medi significativamente più alti di quello di controllo. Nei pazienti del gruppo di controllo, queste tre variabili non sono mediamente diminuite in maniera significativa, ma sono addirittura lievemente aumentate.

Significativo è stato anche il risultato in termini di aumentata compliance del paziente. Durante questo studio si è potuto constatare come il gruppo sperimentale sia arrivato integro in termini quantitativi alla conclusione del progetto, mentre quello di controllo sia arrivato a conclusione con 3 soggetti in meno. Questi tre soggetti, rintracciati a termine dello studio, non hanno fornito i dati relativi a peso, trattamento e valori di emoglobina glicosilata. La partecipazione dei soggetti facenti parte del gruppo sperimentale è testimoniata anche dalle telefonate da loro effettuate al di fuori dei follow-up telefonici programmati dal ricercatore. Il ricercatore ha ricevuto diverse telefonate con richieste di informazioni e delucidazioni relative a ciò che era stato trattato durante l'intervento, sia dai pazienti che dai loro familiari. Le telefonate, sono continuate anche in seguito al termine del progetto.

Considerando le ipotesi di ricerca del presente studio, alla luce dei dati ricavati dalla revisione della letteratura e dalla sperimentazione effettuata, emerge che:

- Interventi mirati sullo stile di vita rappresentano un efficace primo passo per migliorare il controllo metabolico e la riduzione del rischio di sviluppare complicanze tardive.
- Gli interventi educativi strutturati aumentano le conoscenze del paziente, migliorano la sua capacità di autogestione della patologia e sembrerebbero aumentarne la compliance;
- Emerge la correlazione tra calo ponderale e miglioramento glicometabolico.
- Gli interventi risultano più significativi se condotti attraverso un'educazione terapeutica per grup-

pi, piuttosto che con la tradizionale visita diabetologica individuale.

In considerazione dei risultati ottenuti da questo studio si possono suggerire alcune implicazioni per la pratica infermieristica, ovvero: che la ricerca in campo infermieristico, riguardo l'assistenza e l'educazione al paziente diabetico di tipo 2, dovrebbe assumere un ruolo più importante, al fine di accrescere la qualità dell'assistenza ed approfondire le conoscenze e le competenze dell'infermiere nel suo ruolo di educatore; sarebbe auspicabile istituire la figura dell'infermiere specializzato in diabetologia, così come esiste negli Stati Uniti d'America, partendo dal progetto OSDI (Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani) già attivo e collaudato su tutto il territorio nazionale, questo per permettere una più adeguata formazione ed un continuo e strutturato aggiornamento; ulteriormente auspicabile sarebbe organizzare l'educazione terapeutica non solo prettamente nei Servizi di Diabetologia o nei CAD (Centri AntiDiabetici) ma anche inserirla in un progetto di assistenza territoriale, intesa come infermieristica di comunità, e questo sarebbe utile al fine di prestare assistenza ed educazione anche ai soggetti impossibilitati a raggiungere i servizi adibiti

IL PROTOCOLLO DISATTESO

di Yudy Vargas loayza

Analisi osservazionale sulla applicazione del protocollo per il trattamento delle lesioni da decubito in uso presso la Aulss 12 veneziana"

INTRODUZIONE

La vita pratica non può procedere senza valutazione e neppure quella intellettuale e morale ed esse non sono costruite sulla sabbia. Il vero problema è come fare bene una valutazione non come evitarla. (Scriven 1991).

È per me motivo di grande soddisfazione umana e scientifica presentare questa tesi sulle piaghe da decubito.

È a tutti noto che le piaghe da decubito sono una patologia presente sin dall'antichità. La sua storia moderna inizia però nel 1963, con la monografia di Robert Vilain "La piaga da decubito, malattia dell'avvenire".

L'estrema fragilità biologica e complessità clinica dei pazienti piagati richiede un approccio multidisciplinare e specifico da parte dei medici competenti su pazienti anziani con pluripatologia.

È bene ricordare che la responsabilità del trattamento delle piaghe da decubito, ricadano sull'infermiere a seguito del D.M. n.739 del 14/07/1994 dove viene stabilito che l'infermiere è responsabile dell'assistenza infermieristica (profilo professionale, formazione base e post-base, codice deontologico), della legge n.42/1999 (responsabilità, attività, competenza) e della legge n.251/2000 (autonomia).

Durante il mio tirocinio ho potuto notare l'estrema complessità del trattamento delle piaghe da decubito, e questo mi ha spinto a fare una ricerca più approfondita sul tipo di medicazione che l'infermiere esegue normalmente.

I dati, dei quali io ho fatto una raccolta, sono relativi al periodo che va da gennaio 2003 a dicembre 2007 presso l'ADI n°4 del distretto di Favaro, Marcon e Quarto D'Altino. Ho compiuto una indagine osservazionale secondo una raccolta dati retrospettiva. Ho quindi comparato una serie di tipologie di medicazioni da me aggregate dai dati raccolti con le raccomandazioni delle linee guida internazionali E.P.U.A.P. con quelle del protocollo aziendale Ulss 12 veneziana 2002.

Problema infermieristico

- Il trattamento delle piaghe da decubito è considerato uno degli indicatori della qualità dell'assistenza infermieristica.
- C'è una notevole letteratura infermieristica a riguardo con linee guida strutturate ma in evoluzione
- Dalla pratica però emerge come le linee guida vengano seguite in parte.

Scopo della tesi

- Verificare la gestione delle piaghe da decubito sul campo

- Verificare e confrontare se questa gestione è aderente alle linee guida internazionali
- In particolare verificare e confrontare la gestione reale con il protocollo in uso presso la Ulss 12 Veneziana.

Epidemiologia

- L'incidenza e la prevalenza delle ulcere da pressione è difficile da determinare a causa delle barriere metodologiche che impediscono di formulare generalizzazioni dai dati disponibili.
- In Italia i dati disponibili sono quelli preliminari di uno studio nazionale di prevalenza:
- 13.533 persone ricoverate in 24 strutture ospedaliere
- 1.435 hanno manifestato 2.533 ulcere da pressione con un tasso di prevalenza pari al 10,97%.
- Nel 90,6% dei casi non è stata adottata alcuna misura

Piaghe da decubito

Le piaghe da decubito sono aree localizzate di danno della cute e dei tessuti sottostanti causata da forza da pressione, trazione, frizione, in combinazione con altri fattori, la necrosi cellulare tende a svilupparsi quando i tessuti molli vengono compressi tra una prominenza ossea e una superficie solida per un tempo prolungato e la cui gravità è classificata in stadi. (Ricci & Cassino, 2007).

Stadiazione

- GRADO I: iperemia della cute intatta che non scompare alla digitopressione; rappresenta il segnale che preannuncia l'ulcerazione cutanea.
- GRADO II: ferita a spessore parziale che interessa l'epidermide, il derma o entrambi; la lesione è superficiale e si presenta clinicamente sotto forma di abrasione, vescica o leggera cavità.
- GRADO III: ferita a tutto spessore che comporta il danneggiamento o la necrosi del tessuto sotto cutaneo ed è in grado di estendersi in profondità fino alla fascia sottostante senza però oltrepassarla; la lesione si presenta clinicamente sotto forma di profonda cavità associata o meno a tessuto adiacente sottominato.
- GRADO IV: ferita a tutto spessore con distruzione estesa, necrosi del tessuto o danneggiamento del muscolo, osso o strutture di supporto (tendine, capsula articolare); la presenza di tessuto sottominato e di tratti cavi può essere associata a ulcere da pressione di grado IV, l'escara nera deve essere considerata come un grado IV. (Epuap, 2007; Rnao, 2002).

La Prevenzione

- Valutazione del soggetto a rischio di ulcera da pressione
- Prevenzione delle lesioni e della cute sana
- Gestione dell'incontinenza e controllo della macerazione cutanea
- Protezione dai fattori estrinseci: pressione attrito e forze di taglio
- Educazione
- Cure domiciliari e continuità assistenziale

Prodotti per la medicazione delle piaghe da decubito

- Idrogel: è costituito da un gel trasparente amorfo ed idroattivo contenente alginato di sodio. L'idrogel crea un ambiente umido che favorisce la naturale guarigione della ferita mentre la componente in alginato rafforza la capacità assorbente della medicazione.
- Nugel idrogel è indicato per la esfoliazione della ferita e la rimozione dell'escara insieme al trattamento della ferita cronica attraverso tutti gli stadi del processo di guarigione.
- Idrocolloidi: sono di tipo adsorbenti. Per medicazioni occlusive in ferite profonde ad essudazione scarsa o media, mantengono un microambiente umido favorevole alla granulazione ed alla riepitelizzazione; adsorbendo l'essudato si sviluppa un gel che impedisce lesioni del tessuto di granulazione alla rimozione; riduzione del dolore locale.

Prodotti per la medicazione delle piaghe da decubito

- idrofibra + argento ionico (Acquacel ag.) Indicata su ferite infette, criticamente colonizzate ed a rischio di infezione, l'argento viene rilasciato solo quando richiesto ed esplica la sua azione battericida in

virtù della forma ionica

- Gentamicina (gentilyn) antibiotico.
- Garze antisettica all'argento (acticoat, acticoat 7) azione antisettica, indicato su ferita con segni di colonizzazione batterica o comunque a rischio di contaminazione.
- Argento catadinico (catoxyn) antisettico, riduce la carica batterica; indicato su ferite su superficiali macerate (se utilizzato come medicazione tradizionale) e su ferite di ogni tipo (in occlusione)
- Cadexomero iodico (iodosorb granulare) antisettico, lo iodio viene rilasciato lentamente; i granuli esercitano un'azione di assorbimento; indicato in ferita con essudato medio abbondante, anche infette
- Carbone attivo più argento metallico (actisorb plus) antisettico indicato su ferite infette, essudanti e/o maleodoranti; rimuove l'essudato in eccesso; ha azione antisettica

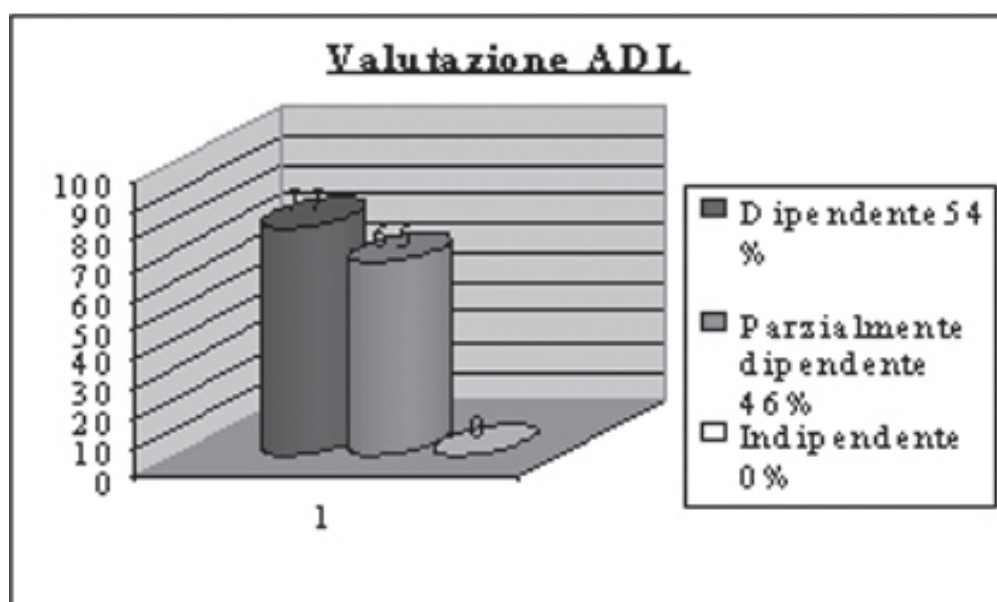
METODOLOGIA DA INDAGINE

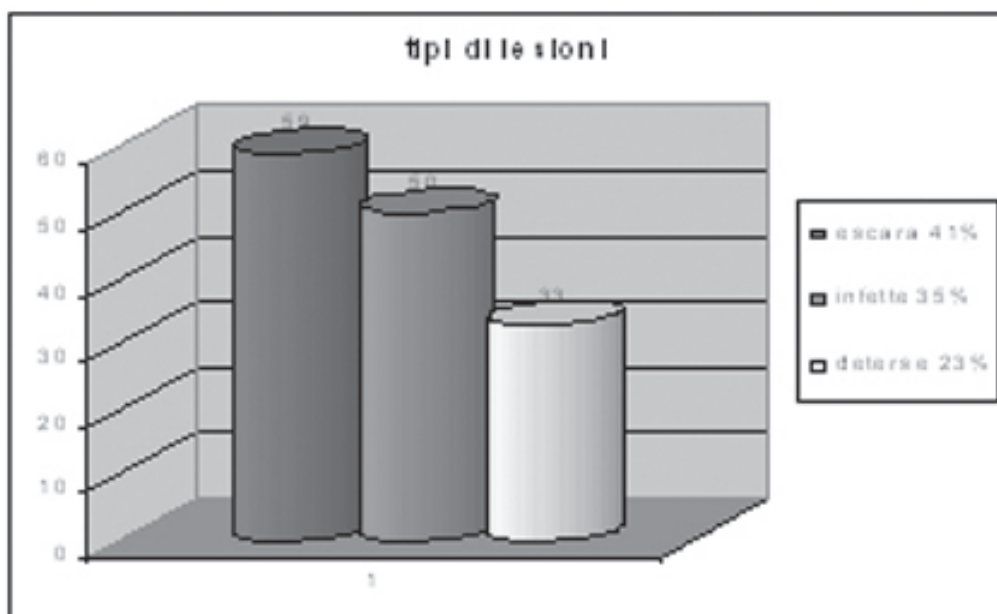
- Indagine di carattere osservazionale e retrospettiva
- Ho esaminato le cartelle cliniche dei pazienti seguiti dall'Adi n°4 della Ulss 12 Veneziana dal 2003 al 2007.
- Ho selezionato i pazienti che presentavano piaghe da decubito classificate di IV stadio, raccogliendo i seguenti dati:
 1. Tipo di medicazione e presidi
 2. Età, sesso, tipo di dimissione
 3. Valutazione ADL
- Altri dati non erano presenti limitando quindi la portata dell'indagine
- Abbiamo aggregato i dati ed in particolare quelli per tipologia di medicazione.
- Quindi abbiamo raffrontato le medicazioni emerse con le linee guida internazionali e con il protocollo aziendale.
- Abbiamo compiuto una ulteriore revisione bibliografica sulle incongruenze emerse

ANALISI DEI RISULTATI

- Si può notare che i pazienti con questo tipo di patologia variano da 59 a 102 anni, con una media di 81 anni.
- Dalla valutazione ADL emerge che il 54% dei pazienti esaminati era dipendente; 46% era parzialmente indipendente; nessuno era indipendente.
- il 41% delle lesioni presentava un'escara; il 35% erano infette, il 23% erano pulite.
- Linea guida Epuap

Detersione con acqua corrente o con acqua potabile. Gli antisettici non dovrebbero essere utilizzati di routine





Linea guida aziendale

Detersione con ringer lattato o soluzione fisiologica

iodiopovidone

Perché è sconsigliato

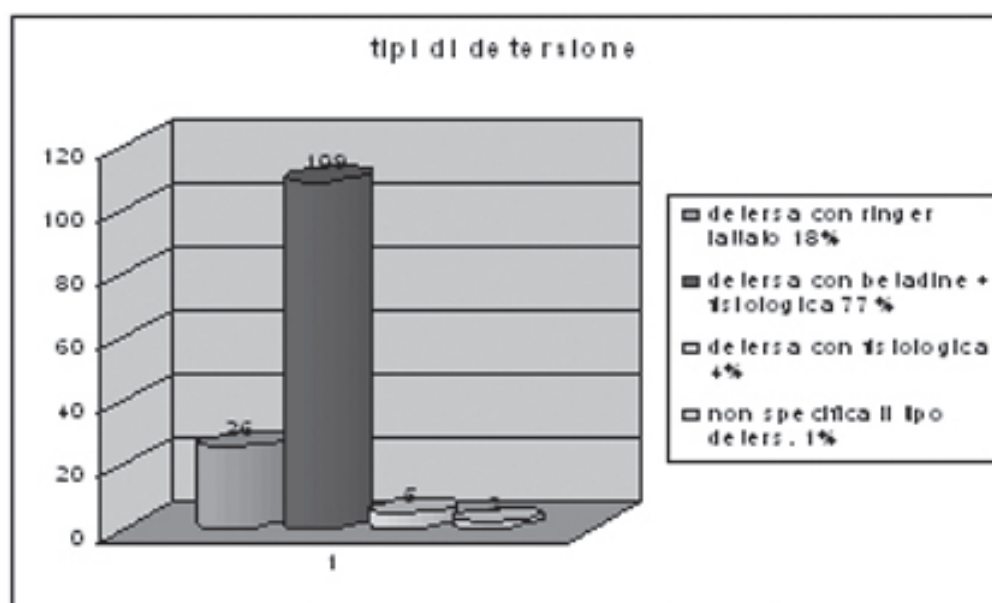
- Per la possibile attività citotossica sui fibroblasti
- Rallenta i processi di guarigione
- Possono evidenziarsi fenomeni allergici.

(Ricci & Cassino 2007, Epuap, 2007)

Indicazioni

- Viene impiegata come essiccante nella necrosi del tallone
- Efficace nelle piaghe infette

(Bates.Jensen & Cooper, 2007)



Conclusioni

- C'è una incongruenza con le linee guida riguardo la detersione
- Ma la raccomandazione è di tipo C quindi con basso livello di evidenza scientifica
- Non possiamo parlare quindi di bad practice
- Però sarebbe necessario che la pratica in uso in Adi n°4 venisse verificata secondo criteri di evidenza scientifica
- Abbiamo verificato come la linea guida per la gestione delle piaghe da decubito viene utilizzata solo parte, e quasi sempre viene sostituita dall'ampia esperienza professionale maturata su tale patologia.
- È nostro parere che l'utilizzo da parte di tutti gli operatori sanitari preposti di linee guida per la prevenzione delle piaghe da decubito, e dei relativi aggiornamenti, può senz'altro condurre ad una riduzione delle insorgenze ed a un miglioramento delle prestazioni assistenziali.
- La formulazione di queste linee guida dovrebbe avvenire guardando alle indicazioni internazionali ma anche attingendo alla esperienza professionale maturata nel corso degli anni secondo però un processo di validazione scientifica dell'evidenza.

FATIGUE E CANCRO

di Serena Zanutto

FATIGUE NELLA PERSONA AFFETTA DA CANCRO: INDAGINE DESCRITTIVA SU CONOSCENZE ED ABILITA' DI ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO DI DUE REALTA' CLINICHE DI ONCOLOGIA MEDICA DI UN IRCCS DI PADOVA

INTRODUZIONE

La fatigue è stata ormai riconosciuta come una delle maggiori cause di distress nei pazienti oncologici. Dal punto di vista epidemiologico colpisce il 90% dei pazienti sottoposti a chemioterapia ed ha una durata variabile che può raggiungere i 5 anni dalla conclusione del trattamento. Si tratta di una sindrome che ha conseguenze sulla sfera fisica, psichica, sociale e finanziaria del paziente.

Nonostante l'entità e le ripercussioni del fenomeno, in clinica oncologica, la fatigue non viene ancora accertata dall'infermiere in modo sistematico e di conseguenza poco viene fatto per la sua prevenzione o gestione. L'inadeguata attenzione ricevuta dal problema sembrerebbe essere dovuta a criticità legate all'abilità di accertamento, che comprendono limitate conoscenze degli infermieri relativamente al fenomeno, una scarsa propensione alla relazione con il paziente e una bassa propensione alla documentazione dei problemi.

Lo scopo di questo studio: è stato quello di indagare sulle conoscenze possedute dagli infermieri rispetto alla fatigue ed osservare l'abilità di accertamento attraverso la misurazione di alcune variabili, determinando se tali elementi fossero effettivamente implicati nell'inadeguata attenzione ricevuta dal fenomeno in clinica.

MATERIALI E METODI:

DISEGNO DI RICERCA: indagine descrittiva e comparativa non sperimentale

VARIABILI DI STUDIO: l'"**abilità di accertamento**", variabile indipendente di questo studio, è stata misurata sulla base di alcune variabili specifiche, quali "**Conoscenze teoriche possedute**", "**Abilità di comunicare/intervistare**", "**Abilità di utilizzare gli strumenti di raccolta dati/documentare**", "**Tipologia di strumento utilizzato**" ed "**Esperienza clinica dell'infermiere**", mentre la variabile dipendente "**Individuazione della fatigue**" è stata misurata sulla base della percentuale di casi di fatigue documentati nelle cartelle infermieristiche

SETTING: i setting in cui è avvenuta la raccolta dati sono state le due U.O.C. di Oncologia Medica dello IOV di Padova.

CAMPIONAMENTO: si è utilizzato il *campionamento di convenienza*, ovvero sono stati inclusi nello studio tutti gli infermieri in servizio nelle due UO, senza nessun limite di esclusione, se non la non disponibilità dell'infermiere.

TEMPI E ATTIVITA':

- **Da marzo a giugno 2008** sono state condotte le due revisioni bibliografiche sul tema della fatigue cancro correlata e sul tema dell'acc.to inf.co, che hanno permesso di reperire i 63 articoli che costituiscono la struttura teorica di questa tesi. Il materiale è stato reperito attraverso banche dati on-line (Medline e Cochrane); periodici elettronici resi disponibili dal sistema bibliotecario dell'Ateneo dell'Università degli Studi di Padova; altre riviste specialistiche on line quali Ageline,

AIDSinfo, Bandolier, Bibliodent, Biological Abstract, BoDD, CancerLit, CCRIS, Chemplus, CiteXplorer e con integrazione da altre fonti bibliografiche come siti web e testi. Nello stesso periodo è avvenuta la scelta dei setting e la ricerca, costruzione, validazione degli strumenti di raccolta dati che ha compreso la costruzione di una griglia osservazionale sulla scorta della letteratura, la validazione, con doppia traduzione revisionata dagli autori, della forma italiana di una scala di osservazione diretta e la traduzione di un questionario.

- **Da giugno a settembre** è avvenuta la raccolta e l'analisi dei dati per la quale ci si è avvalsi della consulenza di un statistico esperto.

STRUMENTI DI RACCOLTA DATI:

Gli strumenti di raccolta utilizzati sono stati 3:

- Il questionario strutturato "**Staff Fatigue Knowledge and Attitude Survey**" ha permesso di misurare le conoscenze infermieristiche e raccogliere le caratteristiche del campione oggetto d'indagine.
- La scala di osservazione diretta "**Interpersonal Communication Assessment Scale**" (ICAS) ha permesso di ottenere i dati relativi alla abilità relazionale.
- Una **griglia osservazionale per la documentazione**, divisa in tre parti, ha permesso di discriminare la tipologia di strumenti di raccolta dati delle UO, misurare l'abilità di documentazione e di rilevare la variabile dipendente dello studio.

I primi due strumenti sono stati reperiti in letteratura già validati mentre l'ultimo è stato costruito dalla studentessa sulla scorta della letteratura.

ANALISI DEI DATI:

Gli indici statistici che hanno permesso di ottenere i risultati sono gli indici di centralità (moda, mediana, media e deviazione standard) per la descrizione del campione, il Test della Z e il P-value per misurare le differenze statistiche tra le equipe e l'indice di correlazione lineare di Pearson per misurare alcune relazioni tra le variabili.

RISULTATI E DISCUSSIONE:

CAMPIONE INDAGATO: il campione indagato si compone di 34 infermieri: 19 del Day Hospital oncologico e 15 della degenza ordinaria. Le cartelle infermieristiche osservate sono state 106 in totale. L'età prevalente in entrambe le equipe rientra nel range 31-40 anni, rappresentando circa il 50%. Per la parte rimanente, però, gli infermieri del DH sono distribuiti equamente negli altri range, mentre gli infermieri della degenza risultano mediamente più giovani, con una percentuale del 39% nel range 22-30 anni. Gli infermieri del DH presentano in media anche maggiore esperienza professionale, mentre non emerge differenza rispetto all'esperienza specifica nell'ambito dell'oncologia.

CONOSCENZE POSSEDUTE RISPETTO ALLA FATIGUE: Con i 25 quesiti del questionario strutturato si sono ottenuti i dati relativi alle conoscenze degli infermieri riguardo alla fatigue. La percentuale media di errore è stata del 30% in ognuna delle 6 aree indagate dallo strumento; tale percentuale era leggermente superiore nel DH ma la differenza non si è dimostrata significativa dal punto di vista statistico.

ABILITÀ RELAZIONALI POSSEDUTE: anche i dati relativi all'abilità di comunicare e porsi in relazione, ottenuti mediante la scala ICAS, fanno emergere alcune criticità. Entrambe le equipe ottengono valori medio bassi in tutte e tre le aree indagate dallo strumento. La tendenza generale emersa è quella di comunicare poco con il paziente e trascurare i bisogni psico relazionali. Nello specifico, però, gli infermieri del DH dimostrano maggiore propensione a relazionarsi con differenza statisticamente significativa. Tale differenza viene ulteriormente confermata dalla relazione positiva emersa tra gli anni di servizio e l'abilità relazionale, ovvero gli infermieri più grandi tendono a relazionarsi maggiormente.

TIPOLOGIA DI STRUMENTO D'ACCERTAMENTO UTILIZZATO E PROPENSIONE A DOCUMENTARE: Con l'ultimo strumento, la griglia osservazionale, è stata consultata la documentazione. La tendenza a trascurare la sfera psicologica emerge anche dagli strumenti di accertamento utilizzati in entrambe le equipe, ai quali era stata tolta tutta la parte che doveva indagare gli elementi psico-sociali, rendendo così gli strumenti inadatti a rilevare fenomeni multidimensionali come la fatigue. In linea con quanto

affermato dalla letteratura, gli infermieri dimostrano, inoltre, scarsa propensione verso la documentazione, infatti in pochi casi le caratteristiche di rintracciabilità, chiarezza, pertinenza e completezza osservate erano soddisfatte al 100%, raggiungendo un valore di 4. Dalla comparazione dei dati, emerge differenza significativa a favore degli infermieri del DH, che dimostrano maggiore diligenza nella compilazione e nel rilevare i problemi del paziente.

INDIVIDUAZIONE DELLA FATIGUE NEL PAZIENTE: infatti, anche per quanto riguarda i casi identificati di fatigue, ovvero la variabile dipendente dello studio, emerge differenza tra le due équipe. Gli infermieri del DH individuano il problema nel 45% dei loro pazienti, mentre gli infermieri della degenza lo documentano solo nell'11% dei casi.

CONCLUSIONI

Vengono confermate le criticità indicate dalla letteratura rispetto all'abilità di accertamento e le fragilità conoscitive sulla fatigue, con conferma, quindi, dell'ipotesi di studio che poneva in relazione queste con l'inadeguata attenzione ricevuta dal problema.

Infatti, nonostante gli infermieri del DH dimostrino maggiore capacità di identificare il problema nei loro pazienti, ciò sembra essere legato più a maggiore maturità, esperienza ed intuito professionale piuttosto che al possesso di specifiche conoscenze e allo sviluppo e utilizzo di specifiche tecniche e strumenti di accertamento. In questo modo l'individuazione dei problemi è lasciata alla sensibilità del singolo professionista, risultando frammentaria e non sistematica.

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA: nelle realtà osservate l'agire professionale sembra essere legato ancora ad una concezione basata sull'esecuzione di compiti piuttosto che sulla pianificazione di interventi che mirano ad un risultato e in quest'ottica l'infermiere non ha l'esigenza di utilizzare processi sistematici di accertamento per la soluzione dei problemi del paziente. Perché problemi come la fatigue trovino riscontro, la riflessione proposta per la pratica riguarda una riorganizzazione che prevede l'adozione di modelli organizzativi non più per compiti, modelli concettuali che promuovano l'uso di categorie diagnostiche e di profili di intervento forniti dall'infermiere e l'adozione di strumenti di accertamento che permettano una valutazione biopsicosociale.

LIMITI DELLO STUDIO: Per quanto riguarda la generalizzabilità dei dati raccolti bisogna tener conto di alcuni limiti, ovvero lo studio è stato condotto in UO afferenti ad un unico centro oncologico, uno degli strumenti di raccolta dati è stato elaborato dalla studentessa e può necessitare di revisione e l'abilità di relazione è stata osservata solo su 24 infermieri e non sulla totalità del campione per l'impegno temporale richiesto da ogni osservazione. Non potendo poi correlare i dati al singolo professionista tra la variabile dipendente e quella indipendente è stato possibile solo ipotizzare un'influenza e non calcolare una relazione statistica.

IL CONTESTO RIABILITATIVO

di Erica Zoccolan

L'INFERMIERE NEL CONTESTO RIABILITATIVO:

identificazione del ruolo, collaborazione all'interno del team interdisciplinare, strumenti operativi per una comunicazione efficace.

La Riabilitazione si può definire come un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona disabile a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, pur nell'ambito della sua menomazione e della quantità di risorse disponibili. Processo che per le disabilità gravi deve coinvolgere anche la famiglia del disabile e quanti sono a lui vicino (Basaglia e Gamberoni, 1998).

Fin dal 1980 l'OMS ribadisce l'importanza di sottolineare l'ambito di operatività della riabilitazione medica: "Sempre più frequentemente un evento morboso, malattia o trauma, non si esaurisce nel ciclo danno-terapia-guarigione o morte, ma porta ad una menomazione o ad una disabilità che si prolunga nel tempo e spesso risulta permanente. La Medicina Riabilitativa è quella branca della medicina che si occupa dei danni prodotti sull'individuo da malattie che si possono guarire con una restituito ad integrum...".

Le persone assistite dovrebbero essere prese in carico da specifiche strutture cliniche, al cui interno si possono trovare:

- un'organizzazione costituita da un team di solito composto da medico, infermiere, fisioterapista, logopedista, assistente sociale; il team può essere multidisciplinare, nel quale i membri del team professionale prendono decisioni indipendenti in relazione ai settori di loro competenza. Oppure il team può essere interdisciplinare: questo tipo di team implica un processo decisionale diverso; il team è composto da persone che possiedono competenze nei settori molto diversificate (il team prende le decisioni assieme, sulla base di informazioni condivise, il risultato è qualcosa di diverso e di più della somma degli sforzi). Nell'ambito della Medicina Riabilitativa è stata ampiamente riconosciuta la maggiore validità dell'approccio interdisciplinare rispetto a quello multidisciplinare: ciò è dato dal fatto che il massimo dell'outcome funzionale possibile può essere raggiunto solo attraverso la cooperazione ed un'attenta interazione ed integrazione tra i vari professionisti componenti il gruppo;
- la programmazione di incontri settimanali del team che ha in carico la persona per discutere dei progressi/raggiungimento degli obiettivi prefissati della persona stessa (team conferences);
- il coinvolgimento dei familiari dell'interessato in modo da ottenere una miglior adesione al piano di cura ed eventualmente la possibilità di educare i caregivers per l'eventuale continuazione dell'assistenza al domicilio;
- la formazione specialistica del personale nell'ambito studiato.

Il problema individuato oggetto delle revisione raggruppa le seguenti carenze: ridotta comunicazione tra i componenti dell'équipe riabilitativa, nel caso specifico tra le due figure professionali dell'infermiere e del fisioterapista in merito agli interventi assistenziali condotti sul paziente. Percezione da parte degli infermieri di scarsa valutazione e gratificazione in merito al proprio operato nel contesto riabilitativo e da ciò ne deriva ridotto interesse da parte dell'infermiere nell'informarsi su quali interventi riabilitativi egli possa mettere in atto nel caso in cui il fisioterapista non sia presente, previa educazione e consul-

tazione con il fisioterapista stesso. Ridotto e non corretto utilizzo degli strumenti operativi (quali ad esempio Scala FIM, riunioni del team....) del contesto riabilitativo, che si esprime con una frammentazione nella continuità assistenziale per il recupero funzionale del paziente ed il conseguente ripristino della maggior autonomia possibile nelle attività di vita quotidiana. L'obiettivo della revisione è quello di esplorare il ruolo ed il contributo dell'infermiere all'interno del team interdisciplinare riabilitativo e dimostrare che una maggiore identificazione di questa figura professionale all'interno del team stesso produce numerosi vantaggi. Da un lato rafforzamento della fiducia e promozione di uguaglianza interprofessionale per quanto riguarda l'infermiere, dall'altro miglioramento e continuità assistenziale erogata al cliente. Di sottolineare, inoltre, quanto sia indispensabile una miglior comunicazione all'interno del team interdisciplinare, in particolare per il contesto studiato tra infermiere e fisioterapista, per una globale presa in carico della persona. Tutto ciò ha come finalità la presa in carico della persona da parte di un team interdisciplinare competente e collaborante al suo interno. Per svolgere la ricerca della letteratura viene qui di seguito identificato la forma PICO:

P = ruolo dell'infermiere nel contesto riabilitativo e rapporto collaborativo con il team interdisciplinare (in particolare con la figura sanitaria del fisioterapista);

I = identificazione del ruolo dell'infermiere nel contesto riabilitativo, formazione specialistica di questa figura professionale, collaborazione con il team interdisciplinare, utilizzo di strumenti operativi specifici;

C = nessuna comparazione;

O = maggior valutazione e gratificazione dell'operato dell'infermiere in ambito riabilitativo, assistenza sanitaria alla persona erogata da un team interdisciplinare competente ed adeguatamente formato, efficace per recuperare il massimo grado di abilità fisica e psicosociale nelle attività di vita quotidiana della persona stessa.

Il materiale è stato reperito tramite una consultazione on-line della banca dati Medline (www.pubmed.gov) al cui interno sono stati utilizzati i termini Mesh. Inoltre, è stata svolta una ricerca nel sito www.evidencebasednursing.it per verificare se fossero già esistenti delle revisioni bibliografiche in merito all'argomento in questione. Tramite il sito www.google.it sono stati scaricati i Decreti Ministeriali dei Profili Professionali inerenti le due figure sanitarie dell'infermiere e del fisioterapista. Per acquisire informazioni riguardanti gli strumenti operativi infermieristici, gli indici e le scale di valutazione in merito all'ambito riabilitativo è stato fatto riferimento al libro di testo "L'infermiere della riabilitazione" a cura di Nino Basaglia e Loredana Gamberoni. Le parole chiave utilizzate, combinate con gli operatori Booleani AND ed OR, hanno portato alla costruzione di due stringhe qui di seguito riportate:

- **"Nurse's role" [Mesh Terms] AND "Rehabilitation" [Mesh Terms] AND "Stroke" [Mesh Terms];**

- **Stroke /Rehabilitation [mh] AND ("Interprofessional Relations" [Mesh Terms] OR "Patient Care Team/ Organization and Administration" [MAJR]).**

I criteri di selezione utilizzati per reperire gli articoli scientifici di interesse sono stati: genere umano, lingua degli articoli inglese ed italiano, qualsiasi tipo di campo di ricerca, articoli pubblicati negli ultimi dieci anni (range: 1998-2008); nello specifico della seconda stringa l'ulteriore limit imposto è stato quello di selezionare gli articoli nei "Nursing Journals". Sono stati reperiti ventuno articoli e sono stati classificati come: undici indagini qualitative, quattro studi esplorativi, un randomized controlled trial, quattro studi osservazionali ed una revisione bibliografica.

Questa revisione della letteratura ha tentato di far chiarezza su alcuni aspetti carenti riscontrati nell'ambito riabilitativo, per ciò che riguarda in primis l'infermiere e la sua ragione di esistere in Riabilitazione e successivamente il rapporto comunicativo con gli altri componenti del team riabilitativo, per ottimizzare la qualità assistenziale erogata alla persona.

All'interno del Nursing c'è il dibattito sul ruolo dell'infermiere, il contributo e la propria identità professionale all'interno del team riabilitativo: comunemente l'infermiere è condotto a vedere il terapeuta come "esperto" e caratterizzare il ruolo infermieristico all'interno della riabilitazione come marginale. Nolan et al. (1997) hanno identificato cinque contributi infermieristici maggiori: mantenimento del benessere fisico dei clienti; erogazione di assistenza infermieristica in particolari ambiti, quali continenza e cure igieniche; rinforzo e prosecuzione dell'input dato dai terapisti; mantenimento di un ambiente di supporto per la riabilitazione da far sviluppare; essere presente accanto alla persona "ventiquattro ore su ventiquat-

tro". Per queste ragioni gli infermieri puntano al desiderio di reciprocità, includendo il riconoscimento del sapere infermieristico e le opinioni infermieristiche in merito al raggiungimento degli obiettivi da parte del cliente. È stato, inoltre, rilevato un largo intervallo di inadeguatezze percepite nella preparazione educativa e formativa dell'infermiere, divergenze nelle competenze desiderate e nella conoscenza per un efficace lavoro nei contesti riabilitativi.

Per quel che concerne la seconda questione in esame, cioè l'infermiere all'interno del team riabilitativo ed il rapporto comunicativo con gli altri professionisti sanitari, la letteratura ha messo in evidenza diversi problemi nel lavoro di team, compresi "meschine gelosie", "ignoranza", percepita perdita di autonomia. Risulta alquanto controproducente alienare questi infermieri escludendoli direttamente o indirettamente dal prendere decisioni, ma sembra che il completo coinvolgimento degli infermieri nel team sia un prerequisito del loro condurre la riabilitazione.

Concludendo, la Riabilitazione è una disciplina che in ambito sanitario non interviene sulle patologie o sui singoli organi od apparati, ma sulle conseguenze delle patologie e dei traumi affrontate nella globalità delle relative ripercussioni sulla persona. Gli interventi sanitari di riabilitazione, che per gravità della disabilità complessiva dei soggetti affetti necessitano, per essere erogati, del ricovero in apposite strutture ospedaliere, richiedono un importante e qualificato intervento dell'infermiere operante all'interno del team riabilitativo. Risulta evidente che la formazione di base dei professionisti della sanità non può far acquisire tutte le conoscenze indispensabili per la vita professionale, ma deve essere completata da una formazione continua durante l'intera carriera professionale. Nel caso specifico, risulta produttiva la collaborazione tra l'infermiere ed il fisioterapista per la creazione e la messa in atto di programmi di educazione ed addestramento per l'infermiere stesso, ma non solo per una formazione reciproca all'interno del team riabilitativo. L'infermiere, inoltre, dovrà "imporre" la propria presenza all'interno del team stesso attraverso il continuo accrescimento culturale. Solo così riceverà, anche in ambito riabilitativo, quel riconoscimento professionale che già ha ottenuto in altri contesti del mondo sanitario.

L'EDUCAZIONE ALL'AUTOCURA

di Sara Steffanuto

L'EDUCAZIONE ALL'AUTOGESTIONE, UN'ATTIVITA' DEL NURSING IMPORTANTE PER IL TRATTAMENTO DEL DIABETE TIPO 1.

Il diabete mellito tipo 1 è una tra le forme di diabete riconosciuta dall'ADA, le sue caratteristiche fisiopatologiche e di trattamento la rendono una patologia complessa. Il trattamento si sostiene su quattro cardini principali: dieta, esercizio fisico, insulina e autocontrollo della glicemia, strumento fondamentale ai fini di una ragionevole ottimizzazione della terapia. Si è osservato che da quando i bambini e gli adolescenti ricorrono con maggiore costanza al monitoraggio della glicemia, utilizzano nuove formulazioni dell'insulina, iniettandosi insulina più frequentemente o ricorrendo al microinfusore si sono verificati dei miglioramenti significativi per quanto concerne il controllo del diabete e la prevenzione delle manifestazioni delle complicanze acute e croniche. Alla base di quanto esposto è essenziale la presenza di un'accurata preparazione del diabetico, che deve acquisire conoscenze mediche e tecnologiche specifiche, l'infermiere, si impegna al fine di far emergere le risorse e le potenzialità della persona o del gruppo aiutandoli ad acquisire e a mantenere la capacità di gestire in modo ottimale la vita anche in presenza di malattia. A tal fine l'educazione terapeutica si pone come punto di riferimento fin dall'esordio della malattia, come un mezzo terapeutico nella cura del diabete, accanto all'insulina, all'alimentazione e all'attività fisica.

Resta comunque difficile indurre nel giovane diabetico un atteggiamento collaborativo, fiducioso e motivato nei confronti della malattia e delle terapie finalizzata ad una corretta autogestione. A questo proposito è stato creato un libretto, allo scopo di stimolare l'interesse del bambino a cercare di promuovere un processo di identificazione e accettazione degli atti terapeutici. Il libretto è destinato a bambini in età di scuola primaria ed utilizza un linguaggio coerente con l'età e personaggi iconografici tipici di quell'età e ben conosciuti dai bambini.

L'obiettivo del nursing è quello di contribuire ed aiutare ogni persona e famiglia o comunità ad autogestire i propri problemi di salute, da ciò deriva che il ruolo dell'infermiere deve essere preventivamente educativo e di sostegno. La teoria della Orem si avvicina più di altre agli aspetti dell'autocura in quanto mette la cura di sé come obiettivo finale di tutto il processo assistenziale.

L'educazione al self care è una pratica complessa che implica:

- Una diagnosi educativa
- La scelta di obiettivi di apprendimento
- L'applicazione di tecniche di insegnamento
- Una valutazione pertinente

Al fine di consentire al paziente di

- Sapere; (conoscere la propria malattia)
- Saper fare; (gestire la terapia in modo competente)
- Saper essere; (Prevenire le complicanze evitabili)

Attraverso l'educazione terapeutica è quindi possibile:

- Migliorare la qualità di vita dei malati e delle loro famiglie
- Incrementare il controllo delle condizioni cliniche dei malati, ottenendo una riduzione delle com-

plicanze, una maggiore adesione al trattamento terapeutico e riabilitativo e la riduzione degli effetti indesiderati dei farmaci

- Promuovere un utilizzo più razionale e pertinente dei servizi da parte dell'utenza
- Contenere la spesa dell'assistenza sanitaria attraverso la diminuzione del numero dei ricoveri ospedalieri

L'infermiere, così come riconosciuto dal Profilo professionale è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica ed opera utilizzando una metodologia scientifica e validata che prevede una pianificazione dell'assistenza per obiettivi; ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali.

Identificati i bisogni di assistenza infermieristica, pianifica, gestisce e valuta l'intervento, garantendo la corretta applicazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

Nel suo agire l'infermiere è autonomo e responsabile, può avvalersi della collaborazione di altri operatori sanitari e sociali. E' la figura sanitaria che ha il rapporto più stretto e comunicativo con il paziente, può determinare il modo di vivere la malattia della persona e può individuare con essa quali adattamenti sono possibili per continuare a gestire la vita in armonia nonostante la malattia. Alla base vi è la capacità dell'infermiere di instaurare e mantenere relazioni efficaci con la persona assistita, con la sua famiglia o con le persone significative, quindi è una figura sanitaria molto importante capace di influenzare l'apprendimento della patologia, necessariamente deve affiancare i bambini diabetici in questo percorso difficoltoso e deve utilizzare tutti i mezzi utili per arrivare a stimolare la collaborazione di esso, come ad esempio utilizzare i cartoni animati come mezzo comunicativo.

Per comunicare efficacemente con i bambini tramite la stesura di un libretto che coinvolga i loro personaggi animati preferiti è quindi opportuno:

- Utilizzare parole semplici e che rientrino tra quelle da loro conosciute
- Utilizzare immagini che accompagnino il testo, e che siano di facilitazione per la comprensione.
- Evitare di proporre frasi complesse dal punto di vista verbale

A questo proposito è stato costruito un libretto informativo per i bambini dai 6 ai 12 anni, con diabete di tipo 1. Questo libretto contiene alcune informazioni essenziali per comprendere il diabete, riportate alla capacità di comprensione dei piccoli lettori. E' il frutto di un'accurata ricerca circa il linguaggio dei bambini. Introduce alla comprensione del diabete tipo 1, con linguaggio scorrevole e facilmente comprensibile. Vengono utilizzate, infatti, parole semplici, immagini di accompagnamento al testo e vengono evitate frasi complesse dal punto di vista verbale.

La finalità del libretto è quella di incoraggiare anche i più piccoli ad un approccio costruttivo e consapevole alle problematiche di cura della malattia. Il titolo del libretto è: "Impara a conoscere il tuo diabete tipo 1", i contenuti riguardano:

- La definizione di diabete tipo 1,
- Attività di cura,
- Definizione di l'ipoglicemia e metodi per contrastarla,
- Consigli dietetici,
- Consigli per l'attività fisica,
- Rapporto diabete/malattia,
- Test per verificare le proprie conoscenze ed alcune risposte alle loro domande più frequenti.

Il libretto è volutamente breve e facile da maneggiare, il testo ha caratteri sufficientemente grandi e colorati. Le immagini di accompagnamento hanno funzione decorativa e rappresentativa. Sono stati riprodotti alcuni tra i più conosciuti cartoni animati del momento in modo da arrivare a stimolare l'attenzione dei lettori, proponendo: le Winx e Spongebob per i libretti delle bambine e i Gormiti e Pokemon per quelli dei bambini.

La lettura del libretto è stata proposta a 3 bambini nella fascia d'età stabilita ed affetti da diabete tipo 1, riscontrando il loro interesse.



Stazione
Ferroviaria



Padiglione
Giovanni Rama



Pronto Soccorso





ELEZIONI

PER IL RINNOVO DEL CONSIGLIO DIRETTIVO E DEL COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

1-2-3 MARZO 2009

VENEZIA

Piazzale L. Da Vinci 8 scala F, Mestre

Nelle suddette giornate Noi tutti siamo chiamati ad esercitare il nostro diritto/dovere di voto, esprimendo la nostra preferenza per il rinnovo del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti, per il triennio 2009-2011.

PROCEDURE ELETTORALI

Ricordiamo che possono votare tutti gli iscritti all'albo, il cui elenco è disponibile presso la sede elettorale, e che tutti sono eleggibili, compresi i consiglieri uscenti. L'inizio delle votazioni è preceduto dall'Assemblea degli iscritti, al termine del quale il Presidente proclama l'apertura delle votazioni. Il seggio elettorale è unico ed è presieduto dal Presediente o dal Vicepresidente. Il Presidente del seggio ha la responsabilità della regolarità delle operazioni di voto.

La scheda elettorale, in base alla normativa vigente, è munita del timbro del Collegio e indica in modo differenziato lo spazio per riportare i nominativi dei membri del Consiglio Direttivo, dei tre Revisori dei Conti effettivi e di quello supplente.

Il Presidente consegna a ciascun elettore, dopo la sua identificazione con un documento di identità valido:

- la scheda elettorale;
 - una busta con il timbro del Collegio
 - una matita copiativa (l'utilizzo di qualsiasi altra penna costituisce causa di nullità della scheda).
- Dopo il voto e la chiusura della scheda nella busta, essa verrà inserita nell'urna apposita.

ISTRUZIONE PER LE ELEZIONI

Riportare sulla scheda:

-i nominativi (cognome e nome) di tutti e quindi i candidati per il Consiglio Direttivo, di tutti e tre i candidati per il Collegio dei Revisori dei Conti e del membro supplente del Collegio dei Revisori dei Conti;

-la data di nascita in caso di omonimia con altri eleggibili.

La scheda è nulla e contestabile nei casi in cui:

- venga riportato un numero minori di preferenze;
- venga riportato solo il cognome, in caso di omonimia.

Si ricorda che non è ammessa la delega.

Di ogni giornata elettorale viene redatto verbale in duplice copia, sottoscritto dai componenti del seggio, che certifichi l'andamento delle operazioni.

Gli eletti del Consiglio Direttivo, convocati dal Consigliere più anziano di età entro otto giorni, provvederanno nella prima riunione ad eleggere al loro interno le cariche:

- Presidente
- Vicepresidente
- Tesoriere
- Segretario.

CALENDARIO ELETTORALE

Prima Convocazione (14-15-16- FEBBRAIO dalle ore 14:30 - 17:30)

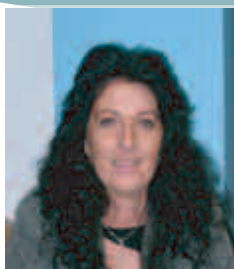
Seconda Convocazione:

DOMENICA
LUNEDÌ
MARTEDÌ

1 MARZO 2009 dalle ore 10:00 alle ore 18:00
2 MARZO 2009 dalle ore 10:00 alle ore 18:00
3 MARZO 2009 dalle ore 08:00 alle ore 15:00



Luigino Schiavon (Presidente)



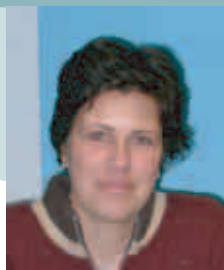
Giovanna Anòè (Vicepresidente)



Luigino Boldrin (Tesoriere)



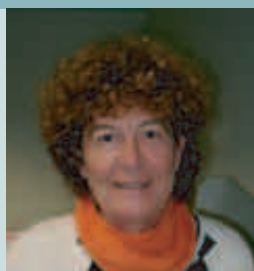
Sergio Bontempi (Segretario)



Patrizia Biscaro



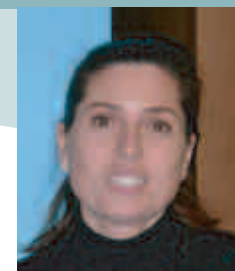
Alessandro Monetti



Maria Rosa Boscolo



Alessandra De Pieri



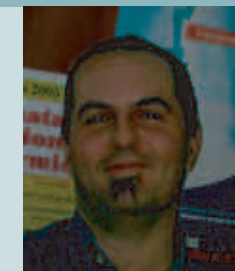
Micaela De Rossi



Mario Iannotta



Elsa Labelli



Carlo Masato



Maria Cristina Rosa



Mirko Romanato



Mario Vidal

COLLEGIO REVISORI: componenti effettivi uscenti:

Degan Mario, *Presidente*

Vivian Eddie, Zanardo Adriano