

Gli Ordini non saranno aboliti

Riprendiamo dalle ultime notizie di stampa quanto concerne il mondo delle professioni regolamentato da Ordini e Collegi, ora auspichiamo che, per quanto concerne la nostra realtà, siano maturi i tempi della tanto attesa trasformazione in Ordine, mantenendo saldo il progetto di tutela di una professione che possa continuare così a tutelare gli interessi dei Cittadini utenti. (N.d.R)

Il mercato delle professioni resterà così com'è, almeno per quanto riguarda le categorie regolamentate da un esame di Stato. L'argine – la disciplina «dell'articolo 33, quinto comma, della Costituzione» – è stato alzato nella serata di ieri (13 luglio 2011) grazie alla mediazione del presidente del Senato, Renato Schifani. Dopo una lunga riunione a Palazzo Madama, con il ministro dell'Economia, Giulio Tremonti, il ministro per gli Affari regionali, Raffaele Fitto, il ministro per lo Sviluppo economico, Paolo Romani e il relatore sulla manovra correttiva, Gilberto Pichetto Fratin, il contestatissimo emendamento che introduceva nel testo della manovra un poderoso articolo 39-bis intitolato «Liberalizzazioni delle attività professionali e d'impresa» è stato ritirato, mentre è stato riformulato un comma 1-bis all'articolo 29 che concede, genericamente, al Governo l'onere di formulare alle categorie «proposte di riforma in materia di liberalizzazione». Il nuovo emendamento contiene poi una sorta di clausola di salvaguardia: trascorsi 8 mesi dall'entrata in vigore della manovra, evidentemente senza un nulla di fatto, «tutto ciò che non sarà regolamentato sarà libero». L'intera giornata di ieri è stata contrassegnata dal fuoco di sbarramento degli Ordini. Tre le stesse fila della maggioranza, peraltro, si sono levate voci di dissenso. «La rimozione degli ostacoli all'attività economica dei cittadini – hanno scritto in una lettera 22 senatori – è certamente un tema importante, che tuttavia non va confuso con interventi astratti di natura meramente ideologica. Non è colpendo le professioni, i relativi Ordini e la loro funzione di controllo a garanzia dei cittadini che si creano nuove opportunità di sviluppo». Gli avvocati sono scesi sul piede di guerra. Il presidente del Consiglio nazionale forense, Guido Alpa, in una conferenza stampa convocata d'urgenza a Roma, ha espresso «sdegno e preoccupazio-

ne per le iniziative di cui abbiamo appreso in queste ore, di supposte liberalizzazioni che si vorrebbero introdurre artatamente nella manovra. È scorretto il metodo e tanto più il merito: tali norme minerebbero la difesa tecnica e provocherebbero la demolizione del sistema ordinistico e del controllo deontologico, a scapito dei cittadini e dei professionisti più giovani». L'Organismo unitario dell'avvocatura, guidato da Maurizio de Tilla, ha annunciato invece per domani il raduno a Roma degli Stati generali dei legali, «per discutere e varare le iniziative di protesta contro il governo e i suoi progetti di svendita della giustizia e di smantellamento del sistema delle professioni». Critiche al Governo sono arrivate, comunque, da tutte le categorie: dai notai agli architetti, dai periti industriali agli ingegneri. «Quello utilizzato da parte del Governo – ha sottolineato in una nota il Consiglio nazionale dei dottori commercialisti – in queste settimane sul tema delle professioni è un metodo sconcertante». Il Governo, secondo il Consiglio presieduto da Claudio Siciliotti, ha proceduto «confusamente» nelle ultime settimane, «senza discutere e concertare alcunché con gli Ordini e in un quadro che pare essere del tutto privo di chiari principi ispiratori. Opereremo in tutte le sedi istituzionali per bloccare un progetto scellerato».

Il presidente del Cup e del Consiglio nazionale dei consulenti del lavoro, Marina Calderone, in una lettera inviata al presidente del Consiglio, Silvio Berlusconi, ribadendo come la prospettiva di «uniformare le professioni al principio della libera impresa sia contrario ai fondamenti legislativi posti alla base dei nostri ordinamenti», ha chiesto intanto l'immediato «avvio di un tavolo di confronto con gli ordini e collegi professionali per la definizione del processo di riforma che valorizzi il comparto e non lo destrutturati in modo definitivo».

Dal paese di Terra Cotta

di Michele Falciani*



Il tema di fondo è sempre il sogno, condiviso da tutti perché sognare è vivere. Oggi eravamo in tanti, lo spazio del laboratorio era un po' stretto, ma siamo riusciti a lavorare gomito contro gomito. Sogniamo uno spazio più grande per dare spazio alla creatività e per avere sotto mano e a vista il lavoro che di settimana in settimana cresce e si definisce, prende forma come un bimbo nel grembo materno. Nel paese di Terra Cotta le case hanno i tetti rossi, sono a due piani, una sola porta per entrare e per uscire. Finestre con persiane verdi e fiori multicolori ai balconi, con persone affacciate per salutare chi passa. Un camino fumante indica che nella casa c'è vita, il fuoco è acceso. Splende il sole per tutti gli abitanti del borgo. Insieme si parla (poco) quando serve. Si fa, si usano le mani per modellare e il cuore per trasmettere i nostri sentimenti. Si scherza, si ride e si costruisce un pezzo del mosaico che abbiamo in mente, e non solo. Lo abbiamo disegnato, discusso sul come e quando. Fissato i tempi. Il dodici maggio va collocato. Il nuovo pannello oggi ricalifica e caratterizza l'ingresso del Collegio degli infermieri di Sondrio che per l'occasione viene dedicato a Maria Alessandria.

La composizione questa volta è rettangolare. Quattro grandi fiori solari, come girasoli simboleggiano la vita nelle quattro direzioni (punti cardinali). Fiori, ma soprattutto frutti si collocano intorno alla piastrella che riporta con tecnica a «stacciato» (bassissimo rilievo) poco più di quello delle monete, il volto di Maria. «Fai agli altri quello che tu vorresti che gli altri facessero a te». Soccorrere una collega e donare la propria vita senza esitazione è un gesto che solo pochi riescono a fare. Che bella persona! Che lineamenti. Tocca sempre a me cavarmela nei ritratti. Non è facile da una foto, senza averla mai

vista dal vivo, rendere dei volumi, e allora vi racconto come ho fatto. I collaboratori hanno preparato la piastrella 20x20 unica come Maria. Da solo mi sono seduto in silenzio meditativo. Ho raccolto le mie abilità e sottovoce ho chiesto (a lei) di aiutarmi a cogliere la sua bellezza e i suoi lineamenti senza stravolgerli. Spero che nessuno mi prenda per matto, ma lo dico lo stesso. Le mani come guidate da una forza hanno modellato l'argilla e inciso ogni particolare del volto. Quanta gioia nel vedere le forme degli occhi, della bocca e del naso combinarsi nei suoi lineamenti. Tutto di getto e senza ripensamenti per non perdere la freschezza del segno sulla materia plastica. E non vi dico i complimenti degli abitanti del paese di Terra Cotta nel vedere il volto di Maria Alessandria. Non poteva mancare il nostro logo e perché no, la piastrella del 150° dell'Unità d'Italia, dare una data certa nel tempo usando un'immagine e non dei numeri. Il nome dell'infermiera Maria Alessandria, inciso nelle piastrelle ingobbiate. Realizzare le piastrelle è diventato un gioco, gioco antico e sempre nuovo. Tutti sanno cosa devono fare, senza esitare, e se qualcosa non riesce insieme si cerca di agganciare l'idea iniziale dell'autore e a volte con piccolissime modifiche, tutto ritorna, il cuore e gli occhi si appagano. «Io sono là, in quell'insieme presente e vivo con il mio segno, visibile e tangibile. Le emozioni che non sempre sono leggibili quelle le racconterò a chi mi chiederà oppure le dirò sottovoce per farmi sentire da chi mi vuole ascoltare».

CONTINUA A PAGINA 2 ►

Bollino
tesseramento

2011

Collegio
IP-AS-VI
2011

All'interno

Formazione infermieristica negli anni '50	Pag. 3
Fabbisogno formativo infermieristico	Pag. 6
Il benessere organizzativo	Pag. 7
Aprire le terapie intensive	Pag. 10
Solidarietà per il Rwanda	Pag. 11
Prevenzione delle complicanze dell'accesso vascolare post coronarografia	Pag. 12

▶ Continua dalla prima pagina



piastrelle. Manipolate una alla volta. Il colore caldo della terra cotta con le sue sfumature, gli ingobbi di tenui colori. Persone attive che ricreano la bottega, a ognuno viene assegnato il lavoro che può fare. Incoraggiati, si mettono alla prova con il loro maestro che è lì per loro di fronte e a fianco per dire e per fare, per affermare che ci siamo, che esistiamo e che insieme continueremo a costruire il paese di terracotta... terra...acqua...aria...fuoco, vita.

* Professore - Artista e Volontario al Centro Psicosociale di Tirano

La festa è grande nello scoprire alla vista del pubblico un nuovo lavoro che premia il nostro impegno. Dal 2008 abbiamo imparato tante cose e l'argilla è per noi tutti, il piacere di stare insieme. Facciamo cultura in gruppo, affermando la nostra personalità, abbattendo pregiudizi, condividendo spazi vecchi e nuovi, adattandoci e gustando felici i risultati, comunicando pensieri buoni. Credere in noi, capaci di fare tanta bellezza con un materiale molto povero, cotto come il pane con il fuoco e la passione. Alcuni si specializzano a realizzare fiori grandi, frutti di ogni genere, chi uccelli, chi volti, figure e gli espressivi fanno parlare i sentimenti profondi dell'anima. Vivere insieme, facendo festa, cantando e suonando. E quando si fa festa è obbligo consumare insieme il cibo. Comporre per moduli quadrati di cm 10 di lato e 1 di spessore, orditi come in un tappeto, verticale e orizzontale, dinamico e statico. L'opera ha richiesto qualche mese di lavoro. Si possono contare 42



Laboratorio di ceramica e il piacere di donare

di Paola Bettini*

A Tirano dal 2008 ha iniziato la sua attività il gruppo artistico "Il Paese di terracotta" composto da operatori e utenti del Dipartimento di Salute Mentale di Sondrio e della Comunità Apantesis di Tresivio. Il laboratorio è condotto dal professor Michele Falciani, artista e volontario, che

in questo percorso ha saputo infondere in tutti noi il suo entusiasmo e amore per il lavoro che svolge. Come educatrice del Centro Diurno di Tirano e partecipante del gruppo ho avuto modo di verificare il raggiungimento di ottimi risultati sul funzionamento dei nostri utenti. La riabilitazione si fonda sul concetto che nonostante il disagio psichico, la sofferenza e la disabilità indotte dalla malattia, la persona possa sviluppare ed usare le proprie risorse e capacità per integrarsi in modo efficace nell'ambito sociale. Non va intesa semplicemente come un aiuto per compensare l'inabilità ma è un metodo di trattamento che ha lo scopo prioritario di attivare dei processi di cambiamento finalizzati ad aumentare le possibilità di scambio di risorse ed affetti della persona. Inoltre significa recuperare l'attesa, la speranza, il desiderio, restituire la possibilità di riprovare una "tensione verso" e quindi una progettualità che possa anche essere condivisibile e realizzabile. Significa aumentare il livello di autostima facendo leva su ciò che c'è di sano e non sulla patologia.

Il laboratorio di ceramica si colloca all'interno delle varie attività terapeutico riabilitative che si attuano attraverso l'espressione della propria creatività. In questo gruppo si utilizzano strategie di tipo pedagogico finalizzate a ridurre le resistenze del paziente, a stimolare la sua creatività e sostenere le funzioni dell'io attraverso l'apprendimento, l'espressione creativa. In questo senso l'insegnamento del maestro con l'utilizzo di varie tecniche, fornisce ai pazienti le conoscenze e competenze per esprimersi sempre al meglio. E' difficile infatti percorrere le vie dell'espressione senza un minimo di bagaglio tecnico che lo consente. Inoltre acquisire nuove competenze aumenta il senso di sicurezza e fiducia nelle proprie capacità. Lavorare insieme ha una significativa funzione risocializzante in quanto consente di graduare e modulare il rapporto con gli altri, ponendosi in relazione ad essi attraverso l'apprendimento e il rispetto delle regole del setting. Il paziente può infatti lavorare mantenendo la distanza e successivamente attraverso la sua produzione (esposizione, osservazione del lavoro altrui, confronto dei risultati) ridurre tale distanza avvicinandosi a relazioni comunicative con altri. Perché l'attività creativa assuma un valore terapeutico, occorre osservare non solo il prodotto artistico, ma il percorso del paziente per arrivare a quel prodotto. E' nella relazione terapeutica che il prodotto artistico può essere utilizzato come oggetto di cui si può parlare, su cui si può lavorare, attraverso cui si può conoscere ed apprendere. I pazienti che frequentano il laboratorio spesso manifestano sintomi quali frammentazione del pensiero, mancanza di finalismo,

impoverimento idetico, tendenza all'isolamento, deflessione del tono dell'umore, difficoltà a mantenere l'attenzione, mancanza di fiducia. Questo tipo di quadro sintomatologico richiede di fatto duttilità e versatilità da parte degli operatori presenti e del conduttore che devono essere in grado di mettere in atto strategie di intervento atte a superare situazioni che creano difficoltà. Sempre e comunque, qualsiasi siano le situazioni psicopatologiche che si possono presentare, la creazione di un clima empatico è assolutamente il presupposto base per un buon lavoro di gruppo. Il nostro laboratorio è un luogo accogliente, piacevole, permeato di un'atmosfera empatica e anche ludica (non mancano le feste e i momenti musicali), in cui ci si sente protetti e rassicurati e in cui si può vivere un'esperienza terapeutica con piacere e leggerezza. I risultati di questo gruppo sono già stati esposti alla mostra **Fuori dai luoghi comuni** (2009) che nella sua seconda edizione a Palazzo Fopoli di Tirano, ha trovato grande consenso e apprezzamento da parte dei visitatori. Successivamente, a dicembre 2010, in occasione della festa di laurea degli infermieri dell'Università Bicocca di Milano, il gruppo artistico ha prodotto un pannello decorativo in memoria di Giuseppina Vanotti, posto all'interno dell'edificio scolastico di Favedo a lei dedicato. Il 19 marzo di quest'anno, festa di S. Giuseppe, il **Paese di terracotta** ha avuto il massimo riconoscimento e apprezzamento per la realizzazione del pannello "L'angelo apparve a S. Giuseppe" collocato in una nicchia della cappella di S. Giuseppe a Tirano. La cerimonia ha visto la partecipazione del sindaco di Tirano, del parroco don Remo che ci ha dato il consenso per la realizzazione di questo progetto, del dr. Telattin responsabile dei servizi psichiatrici territoriali di Tirano e Bormio, della cittadinanza di Tirano e non solo. Il Kiwanis Club di Tirano, di cui è presidente Michele Falciani, ci ha sostenuto economicamente. La nostra produzione più recente è il pannello in ricordo di Maria Alessandria, collocato all'interno della nuova sede del Collegio infermieri di Sondrio, a lei dedicata. Inutile descrivere la gioia e l'emozione dei partecipanti del gruppo per l'apprezzamento ricevuto in queste occasioni e per il piacere provato nel donare alla collettività le opere. Ringraziamo l'amministrazione comunale di Tirano che ha messo a disposizione idonei spazi per il nostro laboratorio. Un grazie di cuore al prof. Michele Falciani per il suo prezioso contributo e per aver permesso a tutti noi, operatori e utenti, di partecipare a questa bella esperienza.

* Educatrice Professionale Centro Psicosociale Tirano

Al Dott. Ercole Andrea Piani
Presidente Collegio IPASVI
Sondrio

Gent.mo Dott. Piani

Ho ricevuto l'invito all'inaugurazione della nuova sede del Collegio IPASVI alla quale inderogabili impegni precedentemente assunti, mi impediscono di partecipare. Ritengo comunque doveroso cogliere l'occasione per esprimere a Lei ed a tutto il Consiglio Direttivo il più vivo apprezzamento per l'iniziativa di dedicare il Collegio alla ex collega Maria Alessandria in servizio presso l'ex Villaggio Sanatoriale di Sondalo, barbaramente uccisa la sera del 22 maggio 1957 da un paziente ivi ospitato. In qualità di ex Direttrice della Scuola Infermieri di Sondalo manifesto particolare sentita emozione per la cerimonia tesa a dedicare il Collegio degli Infermieri della provincia di Sondrio alla memoria della ex collega alla quale era intestata la Scuola di Sondalo. In questa Vostra iniziativa si sintetizzano i contenuti di solidarietà ed umanità valori che permeano la professione infermieristica. Valori che Maria Alessandria ha fortemente rappresentato sia nel tentativo di soccorrere la propria collega ausiliaria Maria Elisabetta Simonelli per sottrarla alla furia omicida del paziente, sia con il proprio testamento precedentemente redatto quasi in forma premonitrice che al primo punto recita: "La mia roba di vestiario desidero venga data ad una infermiera orfana come me." A questi valori della professione le nuove generazioni infermieristiche potranno e dovranno ispirarsi. Nel rinnovare sentiti sensi di stima e di ringraziamento per la meritata iniziativa, porgo a Lei e a tutto il Consiglio Direttivo auguri di buon lavoro.

Mirella Lamberti

Ex Direttrice della Scuola Infermieri di Sondalo
"Maria Alessandria e Maria Elisabetta Simonelli"

Formazione infermieristica negli anni "50"

di Maria Teresa Ferrari*

Oggi avviene in ambito universitario ma in passato come avveniva?

Poiché permangono ancora idee confuse mi è gradito accennare ad alcuni passaggi che meglio illustrano la situazione.

Il periodo preso in considerazione è degli anni 1950/55. Anni importanti perché la guerra era terminata da poco e si avvertivano ancora molti disagi: disoccupazione, povertà, scarse derrate alimentari e tutto il corollario che ciò comporta.

Per motivi familiari contingenti mi sono ritrovata a Napoli Scuola Infermieri Professionali "ELENA D'AOSTA" della Croce Rossa Italiana aggregata all'ospedale Antonio Cardarelli.

(Per inciso a Napoli, nel 1909 la regina Elena era stata operata presso la clinica RUESCH, la prima Scuola Infermieri in Italia fondata e gestita da personale inglese ed ammetteva solo figlie dell'Alta Società).

Requisiti per l'ammissione alla Scuola Infermieri Professionali (I.P.) della Croce Rossa Italiana (CRI) erano: titolo di studio licenza media o titolo equipollente (avviamento professionale), sana e robusta costituzione, altezza non inferiore al metro e Cm, non per una questione estetica ma pratica, i letti dei pazienti erano fissi ad una misura standardizzata, ultimo requisito dell'Allieva essere tassativamente nubile. A tale proposito io personalmente ho rischiato l'espulsione della Scuola, nel 1953 in occasione delle votazioni tenutesi in quell'anno l'impiegato dell'Ufficio elettorale del Comune di Napoli mi aveva dichiarata "vedova" di Antonio Cardarelli anziché collocarmi come indirizzo in Via Antonio Cardarelli.

Il Presidente della Scuola, Marchese Maresca Gran Bali dell'ordine di Malta d'urgenza dalla Direttrice ha intuito l'errore perché il consorte attribuitomi era deceduto da oltre un secolo.

La direzione della Scuola mi ha consegnato il certificato invitandomi a provvedere alla correzione. Questo episodio può fare meglio comprendere la rigidità nell'applicazione del regolamento.

Durata del corso 24 mesi esatti; il mese di ferie godute al primo anno doveva essere recuperato al termine del corso.

Erano gli anni in cui l'economia era ai minimi termini e la si avvertiva maggiormente verso il Sud d'Italia, per meglio comprendere cito un esempio: a Napoli la retta mensile scolastica era di Lire 4600 a Bologna e/o Milano era di Lire 10.000 sempre scuole della CRI.

Noi allieve ci aiutavamo nel limite delle nostre possibilità scambiandoci cose personali, persino le scarpe, chi era in turno notte poteva prestarle all'amica in turno diurno. Le divise venivano fornite dalla Scuola,

il cui pagamento era compreso nella retta, comprendevano: un vestito di cotone azzurro, colletto bianco inamidato rigido e lucido, cuffietta bianca, grembiolino bianco calze bianche di cotone pesante, che erano spesso da rammendare al tallone e scarpe bianche di tela con suola in gomma per non fare rumore.

Ogni settimana, dalla stieria veniva consegnata all'allieva la divisa completa.

Le allieve nello svolgimento delle attività assegnate dovevano avere molta cura della divisa perché un cambio infrasettimanale non era previsto salvo particolari eccezioni. Quando ci si sedeva era necessario sollevare le parti posteriori del grembiolino in modo da preservarlo sempre stirato o quanto meno non spiegazzato.

Tra allieve era d'obbligo (in Reparto) appellarsi usando il cognome preceduto dall'appellativo "Sorella".

Tutte le attività assistenziali avevano un loro iter da rispettare, cioè molta organizzazione. Data la limitatezza degli strumenti a disposizione solo una buona organizzazione permetteva un minor dispendio di energia e mezzi.

Dopo alcuni giorni dall'ammissione alla scuola si entrava in corsia, inizialmente l'allieva del primo anno era affiancata da una del secondo anno, per pochi giorni, dopo ognuno aveva i propri compiti esempio: al primo anno "pulizia del paziente parziale e/o totale, pulizia bocca, taglio unghie, bonifica capelli (spesso infestati dai pidocchi) ecc...

Per ogni attività c'era un vassoio con tutto l'occorrente che doveva poi essere riordinato lavato se necessario e/o disinfettato...

Le attività più complesse erano apprese in aula, prevalentemente in corsia spesso direttamente sul paziente controllate dal Capo Sala o dal Vice Capo Sala.

ORGANICO DI REPARTO, ORARI DI TIROCINIO E/O LEZIONI TEORICHE

L'esempio lo tratto da un reparto di Medicina Generale (GENERALE) sta a significare ogni

patologia allora conosciuta a carico di tutti gli organi). Non esistevano reparti specialistici esempio la chirurgia generale comprendeva anche patologie ortopediche.

Nel 1954 è stato aperto un reparto di Urologia.

Il numero di pazienti in Medicina erano più o meno novanta tra maschile e femminile in pratica una divisione intera, il reparto faceva parte della clinica Universitaria.

Allieve presenti al mattino alle ore sette circa 10 tra primo e secondo anno più un Capo Sala ed un Vice Capo Sala.

Ogni allieva aveva le sue specifiche attività (di cui doveva rendere conto al termine del turno) le più semplici alle allieve del primo anno, le più complesse: TERAPIE ORALI, INIETTIVE, MEDICAZIONI ecc... alle allieve del secondo anno, PRELIEVI DI SANGUE - TERAPIA ENDOVENOSA - RILEVAZIONE PRESSIONE ARTERIOSA erano di esclusiva competenza del medico.

L'allieva del secondo anno seguiva (con il vassoio, raramente con un carrello) il Medico che praticava prelievi di sangue o terapia endovenosa.

Non esistevano siringhe o aghi monouso, al termine l'allieva lavava le siringhe e controllava gli aghi che se non erano ben appuntiti doveva lavorarli con la pietra focaia.

Gli aghi meno efficienti venivano passati alla terapia intramuscolare (l'economato forniva dieci aghi nuovi al mese su un reparto di novanta pazienti. Le difficoltà maggiori le aveva l'allieva addetta alla terapia intramuscolare la quale aveva a disposizione in genere: due siringhe in vetro ed una trentina di aghi usati ed usurati, se durante l'attività capitava (esempio con la manovra di Lesse) che una siringa di sporcata di sangue, l'Allieva doveva fermarsi, lavare la siringa e gli aghi più usati e farli bollire per venti minuti, tale interruzione si verificava anche quando si doveva iniettare la Penicillina, al tempo non esistevano farmaci che rallentassero l'assorbimento del

farmaco pertanto, ogni tre ore si doveva iniettare 1cc di Penicillina (dieci inoculazioni in ventiquattro ore).

Poiché i pazienti ai quali doveva essere iniettato il farmaco potevano essere un numero maggiore rispetto al numero degli aghi disponibili è intuibile il carico di lavoro.

Alle ore 12.20 un gruppo di allieve rientrava in convitto per il pranzo (nei mesi in cui si svolgevano le lezioni in aula, le allieve che uscivano dal tirocinio erano del medesimo anno di corso). Alle ore 13.00 queste allieve rientravano in corsia sino alle ore 16.30, quando rientrava l'altro gruppo sino alle ore 19.00. Dalle ore 14.00 alle ore 16.00 lezioni in aula.

Alle ore 19.00 salivano in corsia le allieve del turno notte, turno che si articolava in due spezzoni, ovvero, durante l'anno scolastico, per alleviare il peso del turno di notte era stato creato un turno intermedio dalle ore 19.00 alle ore 22.30, normalmente, però il turno era di 12 ore abbondante e per sette settimane consecutive fatta eccezione per una notte di riposo settimanale.

Allieve in turno numero due una di primo anno ed una di secondo anno per novanta pazienti, in qualità di referente un'Infermiera diplomata su quattro o cinque reparti. Questa infermiera interveniva su richiesta dell'allieva responsabile del turno.

ATTIVITÀ NOTTURNA

Sorveglianza, assistenza, rispondere ai campanelli, praticare le iniezioni di Penicillina, aggiornare le grafiche delle temperature e polso rilevati durante il giorno, sterilizzare il materiale sanitario mediante bollitura (aghi-siringhe-pinze, ecc...). Prima del termine del turno rifacimento letti di metà reparto (45+/-).

Alle ore 6.00 l'allieva responsabile doveva effettuare alcuni rilievi ai bambini e/o ragazzi affetti da meningite tubercolare e praticare le iniezioni di Streptomina.

Nel frattempo, l'altra Allieva provvedeva all'igiene personale delle pazienti reparto femminile.

Quindi, compilazione del Rapporto notte. Tale rapporto doveva menzionare tutti i pazienti anche solo il numero del letto con la sigla nella da segnalare, tale rapporto veniva letto dalle allieve del turno notte a quelle del turno giorno in presenza della Vice Capo Sala.

Tutto poteva andare abbastanza bene se non intervenivano decessi. In questo caso si convocava l'I.P. referente del turno notte e si provvedeva a spostare

il letto contenente la salma in



antibagno, dove si praticava una spugnatura della salma con liquido disinfettante e in seguito la si rivestiva con gli indumenti personali, il personale dell'obitorio provvedeva a prelevare la salma e le allieve dovevano disinfettare letto e comodino e riportare il tutto in corsia.

Attenzione non esistevano guanti monouso, anzi nessun tipo di guanti fatto salvo ovviamente quello dei chirurghi.

Piccolo particolare: durante la notte si raccoglievano i vari campioni urine e materiale organico da sottoporre ad esami.

Il laboratorio forniva ai Reparti flaconcini in vetro (i più vari come forma, capienza, colore) provenienti da vuoti di farmaci. Prima di usarli era necessario lavarli e farli bollire e creare le etichette da apporre al flacone. Le etichette erano create dalle Allieve del turno notte con carta bianca, righello matite rosso/blu ed incollate sui contenitori.

LEZIONI TEORICHE

In aula, unici sussidi didattici: uno scheletro, alcuni cartelloni con immagini ingrandite dei vari organi e testo in tre volumi di anatomia e fisiologia.

Le lezioni erano impartite in aula da cattedratici dell'Università.

Ogni allieva provvedeva a prendere appunti che in seguito riordinava e sviluppava secondo la sua capacità mnemonica, tali appunti si confrontavano tra compagne.

Tali appunti costituivano materiale molto prezioso, poiché non esistevano libri di testo e l'allieva doveva per forza imparare a ragionare e rapportare le varie patologie alle sue conoscenze di anatomia e fisiologia, in pratica dovevano giungere alla fisiopatologia solo mediante le nostre possibilità immaginative. Eppure a distanza di mezzo secolo ancora oggi (quando in TV parlano di Medicina mi ritrovo a ricordare quanto ho studiato).

Nel 1953 un gruppo di cattedratici hanno redatto un testo (MANUELA PRATICO PER L'INFERMIERE) sotto la guida del Prof. R. MONTELEONE, la parte pratica è stata curata dalla mia cara insegnante "Sorella Anna Maria Ugario".

Il Consiglio Direttivo del Collegio ringrazia la Collega Maria Teresa Ferrari per il dono di un prezioso volume e per il contributo di questo articolo N.d.R.

* Già Direttrice Scuola Infermieri Professionali di Sondalo



L'efficacia della cuffia refrigerante nel prevenire l'alopecia nella persona affetta da patologia oncologica, sottoposta a chemioterapia con disturbo dell'immagine corporea

di Maria Giuseppe Salvatore Salvo*

INTRODUZIONE

“Un problema clinicamente rilevante legato all'immagine corporea è determinato dall'esistenza di una marcata discrepanza tra l'immagine attuale percepita dell'aspetto esteriore e l'ideale individuale riguardo le qualità del proprio aspetto fisico. Questa discrepanza determina conseguenze negative sia sul piano emotivo che comportamentale, interagendo con il normale funzionamento lavorativo, sociale e relazionale” (Hurk *et al.*, 2010). La maggior parte degli individui considera i capelli come una parte importante della propria identità, essi giocano un importante ruolo nella comunicazione sociale. Le modifiche che subiscono i capelli a causa della chemioterapia portano il soggetto a rischio di alterata immagine corporea ed a un impatto per quanto riguarda i rapporti con i familiari; in figli piccoli o adolescenti di persone in cui l'alopecia è evidente, la pressione dei coetanei può portare a voler mostrare genitori con un aspetto “normale”, in particolare modo a scuola, durante gli sport e con gli amici. Questo disagio è quasi sempre avvertito ed amplificato dai pazienti; molte donne scelgono di indossare parrucche in pubblico non tanto per nascondere la loro condizione, ma per proteggere la loro famiglia. (Randall *et al.*, 2005).

La necessità di gestire tale effetto mi ha indotto ad indagare sull'efficacia di uno dei diversi strumenti utilizzati per prevenire l'alopecia: la cuffia refrigerante. L'alopecia è dovuta al meccanismo d'azione dei farmaci antineoplastici, che danneggiano le cellule altamente vascolarizzate ed a rapido ciclo riproduttivo, siano esse sane o malate, come le cellule dei follicoli dei capelli. Il grado, il tempo di comparsa e l'impatto sono soggetti a molte variabili tra cui, l'agente, l'emivita, la dose e lo schema, la modalità e la frequenza di somministrazione. Durante la fase di anagen, i cheratociti della matrice epiteliale del bulbo follicolare sono in rapida proliferazione, di conseguenza queste cellule sono suscettibili di apoptosi indotta dalla chemioterapia, fermando la crescita capillare e causandone la caduta; il risultato è la perdita dei capelli e dei peli (Ralph *et al.*, 2009).

Dal punto di vista psicologico vi è associazione tra perdita di capelli e diminuzione di bellezza e sensualità, interferenze con la propria individualità e personalità, cambiamento dell'immagine corporea e del concetto che la persona ha di sé. Queste implicazioni psicosociali possono talvolta portare al rifiuto del trattamento. Gli studi presenti in letteratura sull'argomento hanno evidenziato che provocare una vasocostrizione del cuoio capelluto, allo scopo di diminuire il flusso di sangue e quindi di farmaco che arriva ai follicoli piliferi, riduce o previene l'alopecia. Alcuni pazienti, sottoposti a chemioterapia, applicano il metodo della “cuffia refrigerante”. Quest'ultimo utilizza una cuffia collegata a un dispositivo che permette di raffreddare il cuoio capelluto portandolo a una temperatura costante durante e dopo la somministrazione della chemioterapia. L'utilizzo della cuffia refrigerante rientra in un più vasto progetto di umanizzazione dell'assistenza infermieristica in oncologia caratterizzata sempre più dall'attenzione verso il paziente come persona, affinché lo stesso possa condurre una vita normale durante e dopo le cure.



OBIETTIVO

L'obiettivo di questo lavoro è quello di ricercare in letteratura evidenze sull'efficacia della cuffia refrigerante nel prevenire l'alopecia indotta dalla chemioterapia allontanando il rischio di alterata immagine corporea.

REPORT DELLA RICERCA BIBLIOGRAFICA

Quesito

P & P Patient/Population & Problem: persona adulta affetta da patologia oncologica con disturbo dell'immagine corporea
I Intervention: utilizzo cuffia refrigerante (crioterapia)

Versus

C Comparison: //

O Outcome (s): prevenzione dell'alopecia indotta dalla chemioterapia

Fonti bibliografiche

Linee guida e Revisioni sistematiche

Database: NGC- NATIONAL GUIDE LINE CLEARING HOUSE

Disponibile da: <http://www.guideline.gov/>

Search strategy: “chemotherapy” AND “alopecia” AND “scalp cooling”

LIMITS /

consultato il: 30/08/2010 ore 10.00

Linee Guida documenti reperiti: 4

Linee Guida Documenti selezionati pertinenti: 0

Database: GUIDELINES.CO.UK

Disponibile da: <http://www.eguidelines.co.uk/index.php>

Search strategy: “oncology” AND “alopecia” AND “scalp cooling” AND “hair loss”

LIMITS /

consultato il: 30/08/2010

Linee Guida documenti reperiti: 2

Linee Guida Documenti selezionati pertinenti: 0

Database: CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

Disponibile da: <http://www.cdc.gov/>

Search strategy: “alopecia” AND “scalp cooling”

LIMITS /

consultato il: 30/08/2010

Linee Guida documenti reperiti: 4

Linee Guida Documenti selezionati pertinenti: 0

Database: TRIPDATABASE

Disponibile da: <http://www.tripdatabase.com/index.html>

Search strategy: “chemotherapy” AND “alopecia” AND “scalp cooling”

LIMITS /

consultato il: 31/08/2010 ore 09.00

Revisioni Sistematiche Documenti reperiti: 15

revisioni Sistemiche Documenti selezionati pertinenti: 5 (3 già citati)

1) Grevelman E. G., Breed W. P. (2005) Prevention of chemotherapy-induced hair loss by scalp cooling. *Annals of Oncology*, 16(3): 352-8

2) Lotfi-Jam K., Carey M., Jefford M., Schofield P., Charleson C., Aranda S. (2009) Nonpharmacologic strategies for managing common chemotherapy adverse effects: a systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, 26(34): 5618-5629

Letteratura primaria (studi/articoli singoli)

Database: MEDLINE

Disponibile da: <http://www.pubmed.gov>

Search strategy: “chemotherapy” [Mesh] AND “alopecia” [Mesh] AND “scalp cooling”

LIMITS published in the last 5 years, only items with Humans, English, Italian, abstracts

consultato il: 23/06/2010.

Documenti reperiti: 8

documenti selezionati e pertinenti: 5

1) Van den Hurk C. J., Mols F., Vingerhoets A. J., Breed W. P. (2010) Impact of alopecia and scalp cooling on the well-being of breast cancer patients. *Psychooncology*, 19(7): 701-9.

2) Lemieux J., Amireault C., Provencher L., Maunsell E. (2009) Incidence of scalp metastases in breast cancer: a retrospective cohort study in women who were of-

ferred scalp cooling. *Breast Cancer Research and Treatment*, 118(3): 547-52.

3) Breed W. (2006) Reply to the letter to the editor on “Scalp metastases and scalp cooling for chemotherapy-induced alopecia prevention” by Christodoulou C., Tsakalos G., Galani E. & Skarlos D. V. (doi:10.1093/annonc/mdj008).17(4): 724-5

4) Christodoulou C., Tsakalos G., Galani E., Skarlos D.V. (2006) Scalp metastases and scalp cooling for chemotherapy-induced alopecia prevention. *Annals of Oncology*, 17(2): 350.

5) Randall J., Ream E. (2005) Hair loss with chemotherapy: at a loss over its management?. *European Journal of Cancer Care*, 14(3): 223-31.

Database: MEDLINE

Disponibile da: <http://www.pubmed.gov>

Search strategy: “oncology” [Mesh] AND “alopecia” [Mesh] AND “chemotherapy” [Mesh] AND “scalp cooling” [Mesh] AND “hair loss”

LIMITS published in the last 5 years, only items with Humans, English, Italian, abstracts, nursing journals

consultato il: 31/08/2010

Documenti reperiti: 1

documenti selezionati e pertinenti: 1 (già citato)

Database: EMBASE

Disponibile da: <http://embase.com/home>

Search strategy: “alopecia” OR “chemotherapy induced hair loss” AND “scalp cooling”

LIMITS published in the last 5 years

consultato il: 07/07/2010

Documenti reperiti: 12

documenti selezionati e pertinenti: 5

1) Mols F., Van den Hurk C. J., Vingerhoets A. J., Breed W. P. (2009) Scalp cooling to prevent chemotherapy-induced hair loss: practical and clinical considerations. *Support Care Cancer*, 17(2): 181-9.

2) Jansses F. P., Rajan V., Steenberg W., Van leeuwen G. M. J. and Van Steenhoven A. A. (2007). The relationship between local scalp skin temperature and cutaneous perfusion during scalp cooling. *Physiological Measurement*, 28(8): 829-839.

3) Auvinen P. K., Mähönen U. A., Soininen K. M., Paananen P. K., Ranta-Koponen P. H., Saavalainen I. E. (2010) The ef-

Per noi i guerrieri non sono quello che voi intendete. Il guerriero non è chi combatte, perché nessuno ha il diritto di prendersi la vita di un altro. Il guerriero per noi è chi sacrifica sé stesso per il bene degli altri. È suo compito occuparsi degli anziani, degli indifesi, di chi non può provvedere a sé stesso e soprattutto dei bambini, il futuro dell'umanità.

Toro Seduto

- fectiveness of a scalp cooling cap in preventing chemotherapy-induced alopecia. *Tumori*,96(2): 271-5.
- 4) Ralph M., Trüeb M. D. (2009) Chemotherapy-induced alopecia. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 28 (1): 11-14.

Database: CINAHL**Disponibile da:** web.ebscohost.com/ehost**Search strategy:** "alopecia" AND "chemotherapy induced hair loss" AND "scalp cooling". LIMITS / Publication year from: 2005-2010; language English.**consultato il:** 23/06/2010**Documenti reperiti:** 10**Documenti selezionati e pertinenti:** 4 (già citati)**Dissertazione**

Il crescente interesse nei confronti delle problematiche riguardanti la gestione dell'alopecia indotta da chemioterapia è dimostrato da un numero sempre più elevato di studi effettuati negli ultimi trent'anni. L'alopecia è uno degli effetti collaterali della chemioterapia e può verificarsi in maniera parziale o totale. L'entità dell'eventuale caduta dei capelli dipende dal tipo di trattamento antitumorale cui si è sottoposti, dal dosaggio e dal modo in cui il paziente risponde al trattamento. Nella quasi totalità dei casi, la ricrescita dei capelli, avviene dopo circa due o tre mesi dalla fine della chemioterapia e tale ricrescita può avere aspetto e consistenza diversi (Lotfi *et al.*, 2009).

I malati di cancro considerano l'alopecia come un effetto collaterale angosciante, associato al trattamento chemioterapico: un sondaggio (Hurk *et al.*, 2010), che ha coinvolto pazienti di sesso femminile, affetti da cancro al seno, ha dimostrato che il 57% considera l'alopecia l'aspetto più traumatico della chemioterapia, e l'8% sarebbe addirittura disposto a rifiutare la chemioterapia per la paura di perdere i capelli.

Auvinen *et al.* (2010), in uno studio prospettico randomizzato affermano che per gli operatori sanitari e per i pazienti il fattore più importante è ovviamente l'efficacia della chemioterapia, ma sebbene l'alopecia non metta in pericolo la vita, colpisce i pazienti in un momento critico, quando devono affrontare una diagnosi di cancro e la possibilità della progressione della patologia maligna che li ha colpiti. L'alopecia può avere un impatto negativo sull'immagine corporea del paziente, soprattutto di sesso femminile, sulla fiducia in se stesso, sulle sue relazioni sociali. Non a caso, lo studio ha stimato che l'87,5% dei pazienti oncologici ritiene un obiettivo prioritario eliminare l'effetto collaterale dell'alopecia dal trattamento chemioterapico.

Le evidenze in letteratura mettono in luce ampie variazioni dei tassi di successo sull'efficacia del casco refrigerante nella prevenzione dell'alopecia. Grevelman *et al.* (2005), in una revisione sistematica di 56 pubblicazioni in riviste infermieristiche dal 1973 al 2003 su 7 trial clinici randomizzati e 49 trial clinici non randomizzati. In 14 dei trial clinici non randomizzati i risultati sono stati confrontati con un gruppo storico di controllo. La media percentuale di successo negli studi effettuati fino al 1995 era stata del 56% dal 1995 in poi era del 73%. Gli autori concludono affermando che il tempo di raffreddamento sembra influenzare il tasso di successo, segnalano infatti che il protrarsi del tempo (almeno 90 minuti) dopo l'infusione della chemioterapia, aumenta la percentuale media di successo al 76% rispetto al 70% se la crioterapia è impiegata per un tempo inferiore. Inoltre vengono messi in evidenza degli effetti indesiderati quali emicrania e sensibilità al freddo pur sottolineando, al contempo, che in pochi studi sono segnalate percentuali maggiori del 10% di pazienti che abbandonano l'uso della cuffia refrigerante, a causa degli effetti indesiderati.

Da uno studio multicentrico condotto da Mols *et al.* (2009), in cui sono stati coinvolti 13 reparti ospedalieri si evince l'efficacia della cuffia refrigerante per prevenire l'alopecia; In 32 dei 62 pazienti, circa il 52%, i risultati sono stati positivi. Questa percentuale sembra piuttosto bassa in quanto la media di successo della cuffia refrigerante, in studi pubblicati dopo il 1995 è stata del 73%. Tale discrepanza può essere spiegata dal fatto che i recenti trattamenti chemioterapici, sono più intensi inoltre il tasso di successo può dipendere da molti fattori quali il tipo di cuffia, le dosi da applicare, il tipo di chemioterapia, i metodi e la temperatura di raffreddamento del cuoio capelluto.

Jansses *et al.*, (2007) hanno analizzato il rapporto tra la temperatura della pelle del cuoio capelluto e la perfusione cutanea durante il raffreddamento dello stesso. I risultati emersi dagli studi hanno evidenziato che la crioterapia ha ridotto la perfusione fino al 40%. I ricercatori affermano di non essere stati in grado di raffreddare il cuoio capelluto di ogni persona allo stesso modo a causa di differenze anatomiche, come la forma della testa e lo spessore dello strato isolante di grasso. Gli autori pertanto invitano a prendere in considerazione questi due fattori per il protocollo di raffreddamento del cuoio capelluto, durante la somministrazione di chemioterapia.

I ricercatori finlandesi hanno preso in esame 64 pazienti sottoposti ad un programma chemioterapico trisettimanale, di varia entità, a seconda della gravità della malattia con fluoro uracile, epirubicina e ciclofosfamide (FEC) in varie combinazioni, e con doxorubicina e docetaxel. Ai pazienti è stato fornito una cuffia refrigerante ed un vademecum sulla cura dei capelli durante la terapia; è emerso che l'alopecia è stata evitata del tutto tra quelli trattati con doxorubicina, nell'83,3% tra quelli trattati con docetaxel, e nel 76,5% nei pazienti trattati con FEC. Solo il 20,3% ha dovuto fare ricorso ad un copricapo. Gli autori concludono che l'utilizzo del casco refrigerante ha degli effetti significativi nel prevenire l'alopecia da chemioterapia, e quindi ne andrebbe promosso l'utilizzo quando ciò è possibile e sicuro (Auyinen *et al.*, 2010). Breed W. (2006) e Christodoulou *et al.* (2006) in una revisione della letteratura, evidenziano preoccupazioni sulle possibili recidive nella cute del cuoio capelluto a causa del sistema

di raffreddamento in pazienti con neoplasie ematologiche o tumori solidi. Queste affermazioni si basano sull'ipotesi che le cellule tumorali possano essere presenti nella pelle del cuoio capelluto, al momento della seduta terapeutica, e quindi non vengano adeguatamente trattate, quando il cuoio capelluto è raffreddato. Nei dati dal gennaio 1998 ad aprile 2005, su 442 pazienti con vari tipi di tumore, ai quali è stata applicata la cuffia refrigerante, solo 2, con cancro al seno, hanno sviluppato metastasi della pelle del cuoio capelluto con un'incidenza dell'0,45%.

Lemieux *et al.*, (2009) hanno implementato uno studio per determinare l'incidenza di lesioni metastatiche nella cute del cuoio capelluto, in una popolazione di donne affette da carcinoma mammario, che ha utilizzato il casco refrigerante, trovando un'incidenza pari all'1,1%. Le metastasi sono state riscontrate soltanto a donne in stadio IIIB secondo sistema TNM, che erano ad alto rischio di sviluppare, e che avevano già lesioni in un altro sito. Tuttavia, gli autori, nelle loro conclusioni non escludono la possibilità che la crioterapia contribuisca a sviluppare metastasi e invitano ad ulteriori ricerche per stabilire definitivamente il rapporto tra il casco refrigerante e l'associazione delle metastasi sulla pelle cuoio capelluto.

Randall *et al.* (2005) hanno effettuato uno studio esplorativo con lo scopo di descrivere gli atteggiamenti degli infermieri nei confronti dell'uso della cuffia refrigerante e della sua gestione, mediante la somministrazione di un questionario a 13 infermieri che regolarmente somministravano chemioterapia endovenosa. Il 77% di essi ha ritenuto che la cuffia refrigerante non mostrasse riscontri positivi e il 33% ha espresso incertezza sull'efficacia del raffreddamento del cuoio capelluto nella prevenzione dell'alopecia. Inoltre, la maggior parte degli infermieri, è stata fortemente concorde nell'affermare che la cuffia refrigerante dovrebbe essere utilizzato solo in presenza di evidenze che ne indichino l'efficacia, poiché il mancato beneficio potrebbe causare un ulteriore stress ai pazienti, già provati dalla malattia.

Conclusioni

I dati reperiti in letteratura hanno evidenziato che l'ipotermia del cuoio capelluto riduce in

maniera considerevole la caduta dei capelli nelle persone sottoposte a chemioterapia, tuttavia sono necessarie ulteriori ricerche che esplorino l'impatto psicologico unitamente all'aspetto clinico e biofisico per determinare indicazioni precise sulla tecnica di raffreddamento, per migliorarne la tolleranza e ridurre gli effetti collaterali. La cuffia refrigerante non apporta gli stessi benefici in tutti i soggetti, ma per il momento rappresenta una valida terapia per prevenire l'alopecia, migliorando **le condizioni psicologiche in armonia con il proprio corpo e quindi aiutando ad affrontare il difficile ciclo terapeutico.**

Bibliografia

- Auvinen P. K., Mähönen U. A., Soininen K. M., Paananen P. K., Ranta-Koponen P. H., Saavalainen I. E. (2010) The effectiveness of a scalp cooling cap in preventing chemotherapy-induced alopecia. *Tumori*,96(2): 271-5.
- Breed W. (2006) Reply to the letter to the editor on "Scalp metastases and scalp cooling for chemotherapy-induced alopecia prevention" by Christodoulou C., Tsakalos G., Galani E. & Skarlos D. V. (doi:10.1093/annonc/mdj008).17(4): 724-5
- Christodoulou C., Tsakalos G., Galani E., Skarlos D. V. (2006) Scalp metastases and scalp cooling for chemotherapy-induced alopecia prevention. *Annals of Oncology*,17(2):350.
- Grevelman E. G., Breed W. P. (2005) Prevention of chemotherapy-induced hair loss by scalp cooling. *Annals of Oncology*,16(3):352-8
- Jansses F. P., Rajan V., Steenbergen W., Van leeuwen G. M. J. and Van Steenhoven A.A. (2007). The relationship between local scalp skin temperature and cutaneous perfusion during scalp cooling. *Physiological Measurement*, 28(8): 829-839.
- Lemieux J., Amireault C., Provencher L., Maunsell E. (2009). Incidence of scalp metastases in breast cancer: a retrospective cohort study in women who were offered scalp cooling. *Breast Cancer Research and Treatment*, 118(3):547-52.
- Lotfi-Jam K., Carey M., Jefford M., Schofield P., Charleson C., Aranda S. (2009) Nonpharmacologic strategies for managing common chemotherapy adverse effects: a systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, 26(34):5618-5629
- Mols F., van den Hurk C. J., Vingerhoets A. J., Breed W. P. (2009) Scalp cooling to prevent chemotherapy-induced hair loss: practical and clinical considerations. *Support Care Cancer*, 17(2):181-9.
- Ralph M., Trüeb M.D. (2009) Chemotherapy-induced alopecia. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 28 (1): 11-14.
- Randall J., Ream E. (2005) Hair loss with chemotherapy: at a loss over its management?. *European Journal of Cancer Care*, 14(3):223-31.
- Van den Hurk C. J., Mols F., Vingerhoets A. J., Breed W. P. (2010) Impact of alopecia and scalp cooling on the well-being of breast cancer patients. *Psychooncology*, 19(7),701-9.

* Infermiere Laureato Anno Accademico 2009-2010
Università degli Studi di Milano Bicocca



"Vorrebbero farci credere che il pubblico non serve più, che bastano il dono e la beneficenza. Ma noi continuiamo a pensare che non si può dare per carità ciò che è dovuto per giustizia."

Don Armando Zappolini

Il fabbisogno formativo della professione infermieristica in Regione Lombardia

di Beatrice Mazzoleni*

L'assistenza sanitaria in Regione Lombardia è attraversata da profondi cambiamenti sia in ordine alla tipologia delle cure, che alle caratteristiche della popolazione assistita. L'aumentata aspettativa di vita, la presenza di polipatologie cronico-degenerative, ecc., richiedono necessariamente un ripensamento rispetto all'organizzazione del sistema sanitario regionale, in particolare, come presente nel nuovo Piano Socio Sanitari della Regione Lombardia, in riferimento alla gestione del territorio.

La necessità di investire nella rete di erogazione dell'assistenza sanitaria implica porre l'attenzione anche sulla sua principale risorsa: i professionisti che la compongono e sostengono, nello specifico, gli infermieri.

I dati OCSE indicano, nei Paesi Europei, una presenza media infermieristica pari a di 8,9 infermieri per 1.000 abitanti.

Al fine di poter analizzare il fenomeno in Lombardia, i Collegi IPASVI della Regione, organizzati in Coordinamento, hanno provveduto a verificare la numerosità della popolazione infermieristica iscritta ai 10 Albi provinciali, rapportandolo al numero di abitanti presenti sul territorio lombardo a maggio 2010 (dati ISTAT) e all'offerta formativa dei poli universitari lombardi.

Proiezione del numero di infermieri e numero di studenti che accedono al primo anno dei CdL nella regione Lombardia rapportati al numero di cittadini residenti in Regione

Province lombarde	N. di abitanti dati ISTAT maggio 2010	N. di infermieri dati dicembre 2009	Offerta formativa 2010-11	N. infermieri x 1000 abitanti	Offerta formativa x 1000 abitanti
Bergamo	1.091.106	6.056	85	5,5	0,07
Brescia	1.203.613	7.157	290	5,9	0,2
Brescia			65 poliambulanza cattolica di Roma		0,29
Como	591.799	3.360	70	5,6	0,11
Cremona	359.699	2.759	65	7,6	0,18
Lecco	336.325	2.041	50	4,9	0,14
Mantova	413.361	2.528	65	6,1	0,15
Milano-Lodi-Monza-Brianza	4.204.533	19.953	905	4,7	0,2
Pavia	545.936	3.715	240	6,8	0,4
Sondrio	182.921	1.937	30	10,5	0,16
Varese	879.605	4.657	135	5,2	0,15
TOTALI	9.808.898	54.163	1.935 (+ 65 Cattolica)	5,5	2,05

I risultati suddivisi per provincia indicati nella tabella 1 mostrano che la situazione è ben al di sotto sia degli standard OCSE 8,9/1000, che di quelli nazionali che si attestano al 6,2/1000, con la sola eccezione del collegio di Sondrio che ha un rapporto numerico cittadini/infermieri favorevole.

Complessivamente gli infermieri italiani e stranieri iscritti agli Albi della regione Lombardia, al maggio 2010, sono pari a 54.163 unità a cui si sommano 1.023 infermieri pediatrici: si evidenzia, pertanto, che i 9.808.898 cittadini residenti in Lombardia al maggio 2010 potevano contare su una presenza di 5,5 infermieri ogni 1000 abitanti.

Tali dati definiscono una necessità di circa 68.000 infermieri sul territorio lombardo, con una carenza, secondo i dati di dicembre 2009 di circa 13.000 infermieri.

Ulteriore elemento di riflessione emerso dall'analisi condotta è costituito dalla distribuzione in fasce d'età degli infermieri lombardi: 5142 persone hanno più di 54 anni (pari al 9,54% degli iscritti agli Albi Professionali).

L'indagine tiene conto anche della mobilità nazionale e internazionale dei professionisti, soprattutto degli stranieri (circa 4.000 unità), che già da anni hanno dimostrato un continuo spostamento all'interno del territorio nazionale e una predisposizione, dopo pochi anni di servizio, al rientro nel proprio paese d'origine.

In una proiezione a cinque anni dell'invecchiamento della popolazione (fonte ISTAT) è facilmente deducibile l'aumento esponenziale dei fabbisogni assistenziali del cittadino. Tale assistenza, secondo la programmazione del PSSR, si dovrà espletare maggiormente sul territorio e presso il domicilio.

Da questa analisi della realtà attuale non è prevedibile, nel prossimo futuro, un'applicazione valida del PSSR, in quanto la carenza del personale infermieristico nel sistema Sanitario ha una ricaduta diretta sulla qualità dell'assistenza e delle cure erogate ai cittadini, come dimostrato da recenti studi internazionali.

La situazione fin qui descritta, va attentamente analizzata e governata al fine di poter garantire un sistema sanitario efficace e sicuro come previsto dalla Costituzione e come richiesto dal cittadino che esprime un bisogno di

assistenza infermieristica e cure competenti.

L'offerta formativa che le università lombarde garantiscono è attualmente insufficiente, i dati riportati nella tabella mostrano come siano assolutamente inadeguati per coprire non solo l'attuale carenza ma soprattutto quella pronosticata. Questo fatto va analizzato sia in termini qualitativi che quantitativi sulla formazione, infatti per garantire una formazione adeguata è necessario implementare il personale infermieristico deputato alla formazione: infermieri tutor clinici e didattici ed infermieri professori e ricercatori universitari, così come è necessario aumentare e preparare le sedi di tirocinio e gli infermieri di reparto che seguiranno gli studenti. Questo presuppone una programmazione attenta e lungimirante.

Riteniamo quindi che sia coerente effettuare una richiesta formativa di 5000 unità. Si può quindi dedurre l'utilità e la necessità di una fattiva collaborazione tra Ordine Professionale, quale Ente pubblico deputato al controllo dei professionisti e alla tutela della salute del cittadino attraverso l'erogazione di un livello assistenziale qualitativamente elevato e sicuro, e Regione Lombardia, quale ente di pianificazione, organizzazione e tutela del sistema sanitario regionale, come già espresso durante l'incontro presso l'Università Statale di Milano dello scorso aprile.

Da tale incontro, si era preventivata una collaborazione tra i tre enti concordando sulla necessità di introdurre correttivi alla situazione attuale.

In particolare il Coordinamento dei collegi IPASVI della Lombardia ritiene poco efficace procedere esclusivamente ad un aumento tout court dei numeri di accesso alla formazione universitaria, ma propone una pianificazione precisa ed attenta, sia quantitativa che qualitativa della formazione, dell'organizzazione e della gestione del personale, che coinvolga a tutti i livelli istituzionali gli attori della realtà sanitaria.

La sola risposta quantitativa al fenomeno presentato, ovvero il solo aumento numerico dei laureati in infermieristica, porterebbe ad una formazione basata sui numeri e non sull'eccellenza formativa con evidenti ricadute sul servizio sanitario nazionale e regionale. L'attenzione alla qualità formativa si potrebbe concretizzare non già attraverso la creazione di numerose piccole sedi decentrate, ma con l'aumento calibrato delle sedi esistenti in una progettazione condivisa e che ponga l'attenzione al rapporto tutor/studenti, nonché alla valorizzazione, formazione e aggiornamento dei tutor stessi.

In questo progetto risulterebbe utile, se non fondamentale, lo strumento del Protocollo d'Intesa, attualmente scaduto e scarsamente applicato, condiviso tra Collegi, Università e Regione, che pianifichi le necessità degli interlocutori, definisca i criteri per la formazione e valuti le potenzialità che possono essere messe in campo.

La Regione Lombardia, quale Ente di pianificazione, organizzazione e tutela del sistema sanitario regionale dovrebbe promuovere la figura dell'infermiere e stimolare l'iscrizione ai corsi di laurea in infermieristica, attraverso la realizzazione congiunta di campagne annuali di sensibilizzazione rivolte ai giovani delle scuole superiori, nonché, per arginare l'abbandono professionale, rendere più attrattiva l'occupazione in ambito nazionale, attraverso anche un diverso utilizzo delle Risorse Aggiuntive Regionali che valorizzi gli infermieri quali protagonisti coinvolti nelle criticità quotidiane della realtà assistenziale e la presenza dei Collegi IPASVI nell'Osservatorio regionale sulle professioni sanitarie con particolare attenzione alla programmazione dell'attività di tale organismo.

* Coordinatrice Collegi IPASVI della Regione Lombardia

**ATTENDIAMO NUOVI IMPEGNI:
a gennaio il collegio si rinnova**

Carissimi Colleghi a gennaio 2012 saremo chiamati alle elezioni del nuovo Direttivo del Collegio, tutto il Consiglio mi ha incaricato di promuovere nuove adesioni, quindi eccomi a sollecitare candidature e la partecipazione alla consultazione. Come da disposizioni in merito ricordo che possono essere eletti tutti gli iscritti all'Albo professionale mentre la data delle consultazioni sarà comunicata in seguito. Finalmente alcune nuove regole facilitano il compito; molto probabilmente il seggio sarà presso la nostra Sede e sul prossimo numero di Parliamone, che uscirà a dicembre, ci sarà spazio perché siano evidenziate le candidature. E' auspicabile che tutte le realtà assistenziali della nostra Provincia abbiano dei rappresentanti nel nuovo Direttivo così da poter essere tutti adeguatamente coinvolti.

Il benessere organizzativo: un sogno irraggiungibile o lo scopo comune di organizzazioni e lavoratori per la loro soddisfazione e per garantire un servizio migliore all'utenza?

di Denis Rinaldi*

In questi ultimi anni sta assumendo un notevole interesse nei contesti lavorativi la possibilità di valutare il BENESSERE ORGANIZZATIVO, inteso come l'opportunità di conoscere le opinioni degli operatori sulle dimensioni che determinano la qualità di vita e le relazioni che si sviluppano sul posto di lavoro. Questa necessità nasce dal fatto che sono in crescente aumento le cosiddette "patologie emergenti" quali stress, depressione *burnout* e *mobbing* con notevoli conseguenze sia sul risultato della prestazione che l'operatore fornisce all'utente sia sul dispendio economico per coprire le assenze per malattia degli operatori. Questo aumento ha portato il Dipartimento della Funzione Pubblica nel 2004 ad emanare una Direttiva (80/2004) "misure finalizzate al miglioramento del Benessere Organizzativo nelle Pubbliche amministrazioni" che ha il pregio di aver dato l'avvio ad un importante processo di cambiamento culturale che pone l'attenzione sulla corretta gestione della risorsa umana. Per supportare le Amministrazioni nel rilevare lo stato di benessere è stato realizzato, attraverso l'iniziativa promossa dal Programma Cantieri, un manuale "Benessere Organizzativo per migliorare la qualità del lavoro nelle pubbliche amministrazioni" con lo scopo di fornire degli spunti per indagini empiriche nei contesti lavorativi.

Indagare la dimensione del benessere implica la valutazione sia dello stato soggettivo di coloro che lavorano in uno specifico contesto organizzativo sia l'insieme dei fattori che l'organizzazione realizza per mantenere elevato il grado di benessere psicofisico e sociale dei lavoratori.

Con il termine benessere organizzativo si può quindi definire il rapporto che lega le persone al proprio ambiente lavorativo, prendendo in considerazione diverse variabili quali: le relazioni interpersonali, il rapporto con i capi, il senso e il significato che le persone attribuiscono al proprio lavoro, il senso di appartenenza all'organizzazione, l'equità nel trattamento retributivo e la possibilità di crescita e miglioramento lavorativo, le caratteristiche strutturali



dell'ambiente di lavoro. È molto difficile parlare di benessere nella nostra società caratterizzata dalla percezione di un crescente disagio che le persone provano recandosi al lavoro, senza cadere nell'ipocrisia. L'aspetto difficile da conciliare è l'esigenza dell'organizzazione di produrre sempre più a costi minori con la necessità dei lavoratori di fare un lavoro piacevole che dia soddisfazione e che permetta di conciliare la vita lavorativa con la vita privata. Per la maggior parte delle persone il benessere è qualche cosa che rimane confinato al tempo libero e alla vita privata, sicuramente non s'identifica nella vita lavorativa ma, non dimentichiamoci, che al lavoro passiamo gran parte della nostra vita e già millenni fa Confucio affermava: "Se fai un lavoro che ti piace non dovrai mai lavorare".

Sviluppare un sistema gestionale improntato sul benessere, dove cioè gli operatori non si sentono delle semplici comparse ma dei veri attori, che lavorano condividendo gli obiettivi dell'organizzazione, anche se implica sicuramente un dispendio maggiore, sia in termini di tempo sia di energie, può essere la carta vincente su cui lavorare per facilitare e realizzare quel cambiamento radicale che la Pubblica Amministrazione è chiamata a compiere, vista la neces-

sità di fornire servizi di livello sempre maggiore con una disponibilità di risorse che si sta sempre riducendo può, in sintesi, determinare il raggiungimento di quella efficienza da più parti richiesta. Non è semplice trovare ambienti lavorativi in cui regni il benessere, la mancanza di organizzazione e programmazione del lavoro, l'intimidazione tra colleghi e da parte dei superiori sono solo alcune delle cause di malessere. Per favorire il benessere è necessario che siano sviluppate competenze legate alla dimensione emozionale. Sono fattori fondamentali, per il miglioramento della salute psicofisica dei lavoratori, elementi quali la motivazione, la collaborazione, il coinvolgimento, la corretta circolazione delle informazioni e la fiducia. Siccome il malessere di pochi può avere effetti devastanti sul gruppo, ritengo sia fondamentale che alla base di ogni progettazione organizzativa ci sia la promozione del benessere. Fare delle indagini mirate, che consentano di comprendere quale percezione hanno i lavoratori circa la situazione lavorativa che indubbiamente subiscono ma, che altrettanto indubbiamente determinano, permette di individuare criticità e punti di forza del gruppo favorendo la pianificazione d'interventi mirati che sono quindi più condivisi e pertanto più realizzabili da parte del gruppo stesso.

Queste indagini vanno però proposte facendo capire che non hanno come finalità quella di puntare il dito contro qualcuno per trovare un capo espiatorio, ma quella di creare un momento di confronto per trovare soluzione ai problemi.

L'individuazione precoce di criticità consente di pianificare strategie d'intervento che possono ridurre l'insorgenza di patologie.

Le strategie finalizzate al miglioramento del clima e quindi allo sviluppo del benessere possono interessare sia la persona sia l'organizzazione. È importante che le persone capiscano che il benessere non può essere costruito solo dagli altri, ma va ricercato anche nel proprio interno, è il soggetto che deve diventare "proget-

tista di benessere" perché costruttore e produttore della realtà.

Questo non vuol dire che le organizzazioni possono esimersi dal proprio dovere di favorire il benessere psicofisico dei lavoratori, ma devono garantire:

- Ambienti di lavoro sicuri
- Cambiamenti organizzativi volti al miglioramento dell'organizzazione
- Gestione efficace delle risorse umane che, non dimentichiamo, sono l'elemento distintivo dell'organizzazione, con particolare riguardo alla motivazione, valorizzazione, equità, comunicazione e ascolto

• Nascita di dirigenti promotori di benessere.

I conflitti, sul posto di lavoro come altrove, scaturiscono dalla diversità e sono per certi versi inevitabili. Evitabile è che degenerino fino a diventare veri e propri eventi distruttivi, bisogna imparare a trasformarli in momenti di crescita.

Imparare a relazionarsi con gli altri in maniera costruttiva è un'arte complessa che richiede conoscenze tecniche, scientifiche, consapevolezza e sensibilità, ma può essere imparata sia dagli individui sia dalle organizzazioni, basta l'impegno di entrambi.

I primi devono imparare ad abbandonare le proprie certezze mettendo in discussione abitudini e metodi di lavoro, ci vuole la disponibilità ad intraprendere nuove tecniche e nuovi modelli senza preconcetti.

Le organizzazioni devono sostenere investimenti strutturali e formativi per facilitare le condizioni dei lavoratori senza vederli solo come un adempimento di legge, ma come un investimento per il miglioramento dell'azienda.

Creare condizioni di lavoro gradevoli che facilitino lo sviluppo sia psicologico sia fisico degli individui deve diventare lo scopo di organizzazioni e lavoratori che puntano all'efficienza.

Bibliografia reperibile presso Sede Collegio.

* S.O.C. Ortopedia - Traumatologia A.O.V.V. - Presidio di Sondalo

L'umanità ha bisogno di te

(di Michel Quoist)

Se la nota dicesse:

"Non è una nota che fa una musica ..."
Non ci sarebbero le sinfonie!

Se la parola dicesse:

"Non è una parola che può fare una pagina ..."
Non ci sarebbero i libri!

Se la pietra dicesse:

"Non è una pietra che può alzare un muro ..."
Non ci sarebbero le case!

Se la goccia d'acqua dicesse:

"Non è una goccia d'acqua che può fare il fiume ..."
Non ci sarebbe l'oceano!

Se il chicco di grano dicesse:

"Non è un chicco di grano che può seminare il campo ..."
Non ci sarebbe la messe!

Se l'uomo dicesse:

"Non è un gesto d'amore che può salvare l'umanità ..."
Non ci sarebbero mai né giustizia né pace,
né dignità né felicità nella terra degli uomini.

Come la sinfonia ha bisogno di ogni nota,
Come il libro ha bisogno di ogni parola,
Come la casa ha bisogno di ogni pietra,
Come l'oceano ha bisogno di ogni goccia d'acqua,
Come la messe ha bisogno di ogni chicco di grano,
L'umanità intera ha bisogno di te, là, dove sei, unico,
e dunque insostituibile!

Gent. Sig. Piani
Presidente provinciale IPAVSI

Le sono grato per l'invito al quale avrei aderito con entusiasmo anche in considerazione del momento di imminenti provvedimenti in sede legislativa per le professioni sanitarie, sarebbe stato un momento propizio per avvicinarci e consolidare l'appartenenza al mondo che ci appartiene. Purtroppo non sarò a Sondrio in quei giorni, i nuovi impegni come consigliere di Amministrazione ENPAM mi portano frequentemente a Roma.

La cerimonia per la dedica ad un collega deceduto sul posto di lavoro di una targa commemorativa mi fa emotivamente sentire vicino a tutti voi. Nella speranza di avere presto occasione di incontrarci, Vi auguro un futuro di pieno di nuove conquiste.

Con un simbolico abbraccio a tutti voi un cordiale saluto.

Il Presidente Ordine Medici
Dott. Alessandro Innocenti

L'efficacia degli interventi di gestione degli stimoli ambientali per ridurre i disturbi del sonno e l'agitazione nella persona con trauma cranico ricoverata in unità di terapia intensiva

di Chiara Mazza*

INTRODUZIONE

Le revisioni e gli articoli trovati mostrano che il sonno è importante per la guarigione e la sopravvivenza negli stadi di malattia critica (Richardson *et al.* 2007; Hardin K.A. 2009); il 60% dei pazienti sopravvissuti alle unità di terapia intensiva affermano di aver dormito poco e male (Frisk *et al.* 2003).

La privazione o la frammentazione del sonno incide sulla durata del ricovero, è una causa della ridotta capacità di resistere alle infezioni, influisce negativamente sulla meccanica respiratoria, indebolendo i muscoli delle vie aeree superiori, prolungando la durata della ventilazione e complicando il momento dell'estubazione (Tembo *et al.* 2009).

Inoltre può portare a stati di agitazione, all'aumento di catecolamine nel plasma, a disturbi neurologici come il delirio, minor tolleranza al dolore (Figuroa-Ramos *et al.* 2009; Tembo *et al.* 2009) e ad alterazioni della riparazione tissutale (Ayllón Garrido N. *et al.* 2007).

I fattori che disturbano il sonno dei pazienti nelle unità di terapia intensiva (UTI) possono essere distinti in intrinseci: dolore, discomfort, etc.; estrinseci come: la temperatura dell'ambiente, le continue procedure mediche ed infermieristiche notturne, la ventilazione meccanica, l'ambiente del reparto (rumori, luci troppo forti...), alcuni tipi di farmaci e la gravità della malattia di base (Drouot *et al.*, 2008; Tembo *et al.* 2009).

Il rumore è indicato come la causa più frequente di privazione del sonno (Bosma K. J. *et al.* 2009; Drouot *et al.*, 2008) e può essere generato da: allarmi dei monitor, ventilatori, conversazioni notturne del personale, suono dei telefoni (Hardin *et al.* 2004).

Anche l'illuminazione ambientale è indicata tra i massimi "disturbatori" del sonno (Scotto *et al.* 2009), infatti interferisce con l'orologio biologico responsabile della regolazione del ritmo circadiano e influisce sulla produzione di melatonina (Olopsson *et al.* 2004).

Numerose tecniche sono state testate per aiutare i pazienti ad addormentarsi e a conservare il sonno, come la riduzione degli interventi di cura notturni e il raggruppamento degli interventi assistenziali in fasce temporali definite (Tamburri *et al.* 2004).

Alcuni studi raccomandano la somministrazione di Propofol (2,6-diisopropilfenolo) e Dexmedetomidina (Precidex) in alternativa di benzodiazepine come il Midazolam e di oppioidi come la morfina (Drouot *et al.*, 2008).

Altri autori propongono l'adozione sistematica di tappi per le orecchie e maschere per gli occhi, questi economici interventi dovrebbero ridurre la percezione dell'eccessivo rumore e dell'illuminazione e, quindi favorire la continuità del sonno (Richardson *et al.*, 2007; Scotto *et al.* 2009).

OBIETTIVO

L'obiettivo di questo lavoro è quello di ricercare evidenze in letteratura riguardo l'applicazione di interventi di gestione ambientale volti a migliorare la quantità e la qualità del sonno dei pazienti di terapia intensiva

PICO E REPORT DELLA RICERCA BIBLIOGRAFICA

P & P Patient/ Population & Problem: persona adulta con trauma cranico affetta da disturbi del sonno e agitazione ricoverata in ICU.

I Intervention: interventi di gestione degli stimoli ambientali

Versus

C Comparison://

O Outcome(s): miglioramento del sonno, del ritmo sonno/veglia e riduzione dell'agitazione



STRATEGIA DI RICERCA

Linee guida e Revisioni sistematiche

Database: TRIPDATABASE
Disponibile da: www.tripdatabase.com
Search Strategy: "nursing AND sleep in ICU"
Consultato il: 30/06/2010
Revisioni Sistematiche Documenti reperiti: 20

Revisioni Sistematiche Documenti selezionati pertinenti: 1

- 1) Figuroa-Ramos M.I., Arroyo-Novoa C.M., Lee K.A., Padilla G., Puntillo K.A. (2009) Sleep and delirium in ICU patients: a review of mechanisms and manifestations. *Intensive Care Med*, 35, 781-795.

Database: TRIPDATABASE
Disponibile da: www.tripdatabase.com
Search Strategy: "nocturnal care interactions AND critical care"
Consultato il: 30/06/2010

Revisioni Sistematiche Documenti reperiti: 7
Revisioni Sistematiche Documenti selezionati pertinenti: 1

- 1) Tamburri L.M., DiBrienza R., Zozula R. e Redeker N.S. (2004) Nocturnal Care Interactions with Patients in Critical Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 3, 102-113.

Database: COCHRANE LIBRARY
Disponibile da: www.thecochranelibrary.com
Search Strategy: "sleep AND ICU"
Consultato il: 30/06/2010

Revisioni Sistematiche Documenti reperiti: 11

Revisioni Sistematiche Documenti selezionati pertinenti: 0

Letteratura primaria (studi/articoli singoli)

Database: PubMed
Disponibile da: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
Consultato il: 08/07/2010
Search Strategy: "sleep AND ICU noise".
Limits: published in the last 5 years.

Documenti reperiti: 7

Documenti selezionati e pertinenti: 1
1) Stanchina M.L., Abu-Hijleh M., Chaudhry B.K., Carlisle C.C., Millman R.P. (2005) The influence of white noise on sleep in subjects exposed to ICU noise. *Sleep Medicine*, 6,

423-428.

Database: PubMed
Disponibile da: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

Consultato il: 08/07/2010
Search Strategy: "sleep deprivation AND critical care".

Limits: published in the last 5 years.

Documenti reperiti: 59

Documenti selezionati e pertinenti: 2

- 1) Richardson A., Allsop M., Coghill E. e Turnock C. (2007) Earplugs and eye masks: do they improve critical care patients' sleep?. *Nursing in Critical Care*, 12(6), 278-286.
- 2) Tembo A.C., Parker V. (2009) Factors that impact on sleep in intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25, 314-322.

Database: PubMed
Disponibile da: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

Consultato il: 08/07/2010
Search Strategy: "nursing interventions AND sleep in ICU".

Limits: published in the last 5 years.

Documenti reperiti: 4

Documenti selezionati e pertinenti: 0

Database: PubMed
Disponibile da: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

Consultato il: 08/07/2010
Search Strategy: "sleep deprivation AND delirium in ICU patient".

Limits: published in the last 10 years.

Documenti reperiti: 7

Documenti selezionati e pertinenti: 3

- 1) Ayllón Garrido N., Álvarez González M. e González García M. (2007) Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*, 18(4), 159-167.
- 2) Drouot X., Cabello B., d'Ortho M. P., Brochard L. (2008) Sleep in the intensive care unit. *Sleep Medicine Reviews*, 12, 391-403.
- 3) Olopsson K., Alling C., Lundeberg D. (2004) Abolished circadian rhythm of melatonin secretion in sedated and artificially ventilated intensive care patients. *Acta Anesthesiologica Scandinavica*, 48, 679-684.

Database: PubMed
Disponibile da: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

Consultato il: 07/08/2010
Search Strategy: "noise AND sleep in ICU".

Limits: published in the last 10 years.

Documenti reperiti: 17

Documenti selezionati e pertinenti: 2

- 1) Bosma K.J. and Ranieri M.V. (2009) Filtering out the noise: evaluating the impact of noise and sound reduction strategies on sleep quality for ICU patients. *Critical Care*, 13(3), 151-152.
- 2) Frisk U., Nordström G. (2003) Patients' sleep in an intensive care unit--patients' and nurses' perception. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19, 342-349.

Database: PubMed

Disponibile da: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

Consultato il: 07/08/2010

Search Strategy: "improving sleep AND critical care".

Limits: published in the last 10 years.

Documenti reperiti: 23

Documenti selezionati e pertinenti: 1

- 1) Scotto C.J., McClusky C., Spillan S., Kimmel J. (2009) Earplugs improve patients' subjective experience of sleep in critical care. *Nursing in Critical Care*, 14(4), 180-184.

Database: PubMed

Disponibile da: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

Consultato il: 07/08/2010

Search Strategy: "nursing interventions AND sleep in critical care".

Limits: published in the last 10 years.

Documenti reperiti: 15

Documenti selezionati e pertinenti: 1

- 1) Uğraş G.A., Oztekin S.D. (2009) Patient perception of environmental and nursing factors contributing to sleep disturbances in a neurosurgical intensive care unit. *Tohoku J. Exp. Med.*, 212, 299-308.

Altre fonti

Disponibile da: http://www.chestjournal.chestpubs.org

Consultato il: 08/07/2010

- 1) Hardin K.A., (2009) Sleep in the ICU: Potential Mechanisms and Clinical Implications. *Official Journal of the American College of Chest Physicians*, 136, 284-294.

SINTESI DELLA DISSERTAZIONE

L'interessamento nei confronti del problema della privazione del sonno nelle unità di terapia intensiva è ormai pluritrentennale e numerosi sono gli studi che indagano le cause e le conseguenze del problema. In minor numero, e con campioni di partecipanti troppo esigui, sono invece gli studi che propongono validi interventi risolutivi.

Secondo Hardin (2009) l'eziologia dei disturbi del sonno nelle UTI include l'ambiente, con le interruzioni dovute ai rumori, alle luci, alle attività di cura dei pazienti; i trattamenti medici, con le terapie farmacologiche; l'interazione tra paziente e ventilatore e la gravità della patologia.

Gulay *et al.* (2007) hanno ottenuto interessanti risultati distribuendo un questionario sulle problematiche del sonno ai degenti di una UTI neurochirurgica. Il 63,3% degli intervistati afferma che ciò che ha causato maggiori difficoltà nel loro sonno è stata l'immobilizzazione, dovuta sia al dolore che ai presidi medici, quali cateteri vescicali, venosi, derivazioni esterne etc., il 56,1% è stato disturbato dalla preoccupazione sull'esito dell'intervento chirurgico e dall'ansia sul suo futuro; dei 66 pazienti sottoposti all'intervista il 57,6% ha identificato il rumore come uno dei maggiori fattori di disturbo del loro sonno, dato dall'allarme dei monitor, delle

pompe e dal ventilatore. Il 43,9% dei degenti ha riscontrato una cattiva distribuzione degli interventi infermieristici notturni.

Uno studio randomizzato retrospettivo condotto da Tamburri *et al.* (2004) ha focalizzato la sua ricerca sull'incidenza delle interazioni infermieristiche notturne sulla frammentazione del sonno, affermando che solo il 6% dei pazienti presi a campione ha avuto 2-3 ore di sonno ininterrotte per notte. I risultati mostrano che il numero più alto di interventi infermieristici si concentrano alle 24 e il numero più basso alle 3, gli autori suggeriscono di ridistribuire e di diminuire il più possibile gli interventi, concentrandone la massima parte nella fascia di tempo delle tre di notte, in quanto coincide con la periodicità circadiana naturale del ritmo del sonno.

Inoltre vale la pena ricordare che molti farmaci usati per la sedazione o l'analgesia in UTI influenzano negativamente il sonno, le benzodiazepine possono indurre insonnia e incubi notturni; inoltre disturbano il sonno gli oppioidi, le continue infusioni di catecolamine, gli antiipertensivi, gli anticonvulsivanti. Viene così suggerito da Tembo *et al.* (2009) la promozione dell'uso di propofol e dexmedetomidina (Precidex) invece del midazolam e di oppioidi.

Secondo Olofsson *et al.* (2004) il dolore, i disturbi ambientali, la terapia farmacologica etc. non sono sufficienti a spiegare la veglia nelle ore notturne dei pazienti delle UTI. Gli autori affermano che la problematica sia causata da una modifica dell'orologio biologico, risiedente nel nucleo soprachiasmatico dell'ipotalamo, che provoca un'alterazione del ritmo sonno-veglia. Ciò, a sua volta, si ripercuote sulla secrezione di melatonina nel sangue. Infatti in situazioni fisiologiche i livelli di melatonina sono alti durante le ore della notte e bassi durante il giorno, questi possono però essere alterati dall'utilizzo continuativo della luce artificiale nelle 24 ore seppur con intensità più basse, ma impossibili da abbassare ulteriormente a causa dell'alta criticità dei degenti. Lo studio riporta che anche i beta-bloccanti, ibuprofene, naloxone, cortisolo e benzodiazepine contribuiscono ad abbassare i livelli di melatonina di notte, mentre la morfina stimola il rilascio di questa. Olofsson e colleghi suggeriscono di attenuare il problema attraverso la somministrazione di melatonina.

Le conseguenze della privazione del sonno nei degenti delle UTI sono molteplici, una persona fisicamente sofferente ed emotivamente instabile soffre maggiormente la privazione di sonno. La privazione del sonno è una delle cause dell'insorgere del delirio, di disfunzioni neuro-cognitive, della riduzione della soglia del dolore, della riduzione della risposta immunitaria e la conseguente capacità di resistere alle infezioni. Inoltre provoca alterazioni della riparazione tissutale e di conseguenza prolunga il soggiorno in UTI; può favorire l'insorgere di complicanze respiratorie, indebolendo le vie aeree superiori prolungando il periodo di ventilazione meccanica, rendendo difficile l'estubazione (Tembo *et al.* 2009).

Perciò molti sono i fattori che influiscono sul riposo dei pazienti, sulla quantità e la qualità di questo e difficile è modificare l'ambiente delle unità di terapia intensiva, essendo questo un luogo ad alta complessità assistenziale, dove

sia l'illuminazione che il rumore dei monitor sono essenziali per valutare il paziente durante l'arco della notte. Per ovviare in parte a questi due problemi: luci e rumore, Richardson *et al.* (2007) hanno pensato oltre che a modificare il più possibile l'ambiente, anche di agire sul paziente, fornendogli tappi per le orecchie e maschere per gli occhi. Ai pazienti reclutati in questo studio sono stati forniti delle maschere per gli occhi e dei tappi per le orecchie utili per conciliare il sonno, è stato ribadito inoltre che la diminuzione della luce rafforza il ritmo circadiano e migliora la qualità del sonno. È stato valutato che è più confortevole l'uso di una maschera per gli occhi di cotone piuttosto che di altri materiali, in quanto non provoca irritazione a contatto con la cute e permette una maggiore traspirazione; i tappi per le orecchie dovrebbero essere di un materiale in grado di adattarsi con facilità alla forma dell'orecchio della persona e non fuoriuscire durante il sonno. Perciò gli autori suggeriscono uno studio focalizzato sul design di questi oggetti, che con un costo esiguo (2.50 sterline al pezzo) possono fare la differenza del sonno nei pazienti, inoltre consigliano tutte le UTI di dotarsi di questi strumenti.

Da questi studi si può prendere coscienza che molto si può fare per i nostri pazienti, essendo il bisogno di sonno importantissimo sia per le persone che godono di buona salute e a maggior ragione per coloro che si trovano in delicate situazioni cliniche.

Modificare i fattori ambientali per quanto possibile, diminuire il rumore, evitando di parlare ad alta voce nelle ore notturne, abbassare il suono dei monitor, promuovere il comfort dei letti e favorire il rilassamento della persona, tranquillizzandola e minimizzando le sue paure.

Evitare/ridurre al minimo l'uso degli agenti farmacologici che inibiscono il sonno, ridurre l'intensità delle luci il più possibile nelle ore notturne, raggruppare e ridistribuire meglio gli interventi infermieristici, regolare la temperatura delle stanze dei degenti a loro piacere. Inoltre dovrebbe entrare nella routine di tutte le unità di terapia intensiva l'uso di tappi per le orecchie e di maschere per gli occhi.

Essendo il bisogno di sonno largamente trattato e studiato già da molti anni nelle UTI ed essendo la mancanza di questo un indice prognostico sfavorevole dovremmo al più presto attuare dei validi interventi nelle unità di terapia intensiva.

BIBLIOGRAFIA

Ayllón Garrido N., Álvarez González M. e González García M. (2007) Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*, 18(4), 159-167.

Bosma K. J. e Ranieri M. V. (2009) Filtering out the noise: evaluating the impact of noise and sound reduction strategies on sleep quality for ICU patients. *Critical Care*, 13(3), 151-152.

Drouot X., Cabello B., d'Ortho M. P., Brochard L. (2008) Sleep in the intensive care unit. *Sleep Medicine Reviews*, 12, 391-403.

Figuerola-Ramos M.I., Arroyo-Novoa C.M., Lee K.A., Padilla G., Puntillo K.A. (2009) Sleep and delirium in ICU patients: a review of mechanisms and manifestations. *Intensive Care Med*, 35, 781-795.

Frisk U., Nordström G. (2003) Patients' sleep in an intensive care unit—patients' and nurses' perception. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19, 342-349.

Hardin K.A., (2009) Sleep in the ICU: Potential Mechanisms and Clinical Implications. *Official publication of the American College of Chest Physicians*, 136, 284-294.

Olofsson K., Alling C., Lundeberg D. (2004) Abolished circadian rhythm of melatonin secretion in sedated and artificially ventilated intensive care patients. *Acta Anesthesiologica Scandinavica*, 48, 679-684.

Richardson A., Allsop M., Coghill E. and Turnock C. (2007) Earplugs and eye masks: do they improve critical care patients' sleep?. *Nursing in Critical Care*, 12(6), 278-286.

Scotto C.J., McClusky C., Spillan S., Kimmel J. (2009) Earplugs improve patients' subjective experience of sleep in critical care. *Nursing in Critical Care*, 14(4), 180-184.

Stanchina M.L., Abu-Hijleh M., Chaudhry B.K., Carlisle C.C., Millman R.P. (2005) The influence of white noise on sleep in subjects exposed to ICU noise. *Sleep Medicine*, 6, 423-428.

Tamburri L. M., DiBrienza R., Zozula R. e Redeker N. S. (2004) Nocturnal Care Interactions with Patients in Critical Care Unit. *Am J Critic Care*, 13, 102-113.

Tembo A. C., Parker V. (2009) Factors that impact on sleep in intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25, 314-322.

Uğraş G.A., Oztekin S.D. (2009) Patient perception of environmental and nursing factors contributing to sleep disturbances in a neurosurgical intensive care unit. *Tohoku J. Exp. Med.*, 212, 299-308.

* Infermiera laureata anno accademico 2009-2010 Università degli Studi di Milano Bicocca

"La comunicazione: le parole e i gesti dell'assistenza infermieristica"

di Marisa Ambrosini*

Nel corso delle venti edizioni del corso sulla comunicazione sono stata invitata a portare la mia esperienza riguardo la realtà comunicativa nell'assistenza pediatrica.

Sono un'infermiera pediatrica e da oltre trent'anni lavoro nel contesto pediatrico e specificatamente in patologia neonatale. Questo impegno mi ha dato modo di soffermarmi e analizzare i momenti quotidiani di assistenza infermieristica rivolti al piccolo paziente e identificare i modi più consoni di comunicare in relazione anche alle criticità esistenti.

Mi piace iniziare dicendo che parlare di comunicazione nell'assistenza pediatrica è sicuramente bello, porta allegria ma certamente bisogna sottolineare talune difficoltà da affrontare legate all'età del piccolo assistito a cui facciamo riferimento. Credo

quindi che l'infermiere nel suo quotidiano deve adoperarsi per trovare il modo di comunicazione adatta al bambino che si presenta in quel momento come piccolo utente. Dalla mia esperienza ho identificato due aspetti che ritengo incisivi nella comunicazione dell'assistito pediatrico e che ho definito aspetti di complessità e di particolarità quasi sempre correlati fra loro. La comunicazione diventa complessa e particolare per le seguenti situazioni:

- le caratteristiche diverse delle varie età del bambino che si presenta neonato – lattante – divezzo o fanciullo proprio perché la fascia pediatrica copre dallo zero ai diciotto anni di età.
- la presenza del bambino in ospedale come assistito più l'adulto che lo accompagna.

Questi due aspetti impongono all'infermiere una diversità di comunicazione adatto alla situazione che si presenta. Pertanto a mio avviso è importante avere un'abilità comunicativa che sarà più gestuale verso il bambino e più verbale verso il genitore. È importante avere capacità persuasiva, molto utile per una collaborazione da parte del bambino specie se un po' grandicello e restio alle pratiche assistenziali, riguardo al genitore invece è prioritario per capire "cosa" e "perché" si fa al suo bambino. Altri aspetti da aggiungere sono: il coinvolgimento, l'accettazione e la rassicurazione sia da parte del bambino che del genitore. Con una comunicazione rassicurante si potrà raggiungere una relazione fiduciaria e una gestione dell'ansia del genitore che inevitabilmente manifesta al momento dell'arrivo in ospedale con il suo bambino. Si ottiene fiducia del bambino anche a mezzo della terapia del dolore ad esempio usando la

crema EMLA durante il prelievo ematico e di ritorno avremo un bambino più coinvolto, più rassicurato e collaborante.

Un aspetto importante della comunicazione è indubbiamente l'ascolto, è questa una competenza infermieristica da non sottovalutare specie verso il bambino molto piccolo il cui unico modo di comunicare è il pianto. Ascolto quindi per cogliere i suoi bisogni, ascolto per interpretare il pianto come bisogno di igiene, di dolore, di fame e quant'altro.

La comunicazione è da intendersi come assistenza, è da considerare tra le responsabilità più importanti dell'infermiere ed è un impegno ribadito dal nostro codice deontologico dove in diversi articoli fa riferimento all'importanza della relazione, all'ascolto, al coinvolgimento e indica doveroso prendere in considerazione l'opinione del minore. Con questa riflessione ho evidenziato i punti di maggiore forza della comunicazione infermieristica pediatrica riscontrando che la comunicazione spesa durante il primo approccio con la mamma e il bambino è determinante, da questo momento si nota il grado di accettazione, di coinvolgimento, di rassicurazione e di fiducia che l'infermiere ha saputo trasmettere loro.

Bisogna sempre chiedersi quando la mamma non risponde alle nostre indicazioni iniziali: "Avrò comunicato con chiarezza e autorevolezza intesa come stima, ho avuto un giudizio autorevole da parte del genitore?". Chiudo questa riflessione con la convinzione che la comunicazione è assistenza, fatta bene o fatta male il tempo ci vuole quindi è auspicabile che venga fatta al meglio possibile.

*Vigilatrice d'infanzia – Segretario Collegio IPASVI



Aprire le terapie intensive?

di **Alberto Giannini**

Fin dalla loro creazione, meno di cinquant'anni fa, i reparti di rianimazione sono stati strutture chiuse, in cui l'accesso di familiari e visitatori era limitato perché considerato sfavorevole per il paziente. Questa strategia è stata spesso motivata da timori riguardo il rischio di infezioni, l'interferenza con le cure al paziente, l'aumento dello stress per pazienti e familiari e la violazione della confidenzialità. La riduzione o l'abolizione dei contatti con il proprio mondo degli affetti rappresentavano quindi il ragionevole prezzo da pagare per benefici d'entità nettamente superiore: la vita e la salute. Il ricovero del paziente in rianimazione ha perciò obbedito a lungo a quello che si potrebbe definire il principio della porta girevole, secondo cui, quando entra il paziente, i familiari vengono sospinti fuori.

Le attuali conoscenze mediche non solo hanno fatto venire meno i timori precedentemente accennati (l'utilizzo di indumenti protettivi per i visitatori non ha nessun ruolo nel controllo delle infezioni nei pazienti), ma hanno anche evidenziato che la separazione dai propri cari è motivo di sofferenza per il paziente. Da più parti allora è stata sollevata la necessità di aprire le rianimazioni, anche se limiti alle visite continuano a persistere, sia in Europa sia negli Stati Uniti.

Rianimazione chiusa e rianimazione aperta

Con rianimazione chiusa si intende un reparto di cure intensive ad accesso limitato che interdice la presenza, e talvolta anche la sola visita, di familiari e visitatori. Di fatto, questa chiusura si esprime sul piano fisico ma soprattutto su quello relazionale. Al piano fisico appartengono tutte le barriere che, con motivazioni diverse, vengono proposte o imposte al visitatore (assenza di contatto fisico col paziente, utilizzo di indumenti protettivi come camice, mascherina, ecc).

A quello relazionale appartengono invece tutte le espressioni, sia pure di diversa intensità, di una comunicazione frammentata, compressa o addirittura negata fra i tre elementi

I reparti di rianimazione e terapia intensiva sono stati da sempre luoghi inaccessibili a familiari e amici del paziente. Ma la situazione sta finalmente cambiando, sia negli Stati Uniti sia in Europa, perché la vicinanza dei cari, in un momento così delicato come la malattia, comincia a essere percepita come risorsa preziosa per la cura dei pazienti e non come ostacolo al lavoro dell'equipe o fonte di infezioni.

che costituiscono i vertici del particolare triangolo relazionale della rianimazione: il paziente, l'equipe curante e la famiglia. La rianimazione aperta può essere invece definita come la struttura di cure intensive dove uno degli obiettivi dell'equipe è la razionale riduzione o l'abolizione di tutte le limitazioni non necessarie poste a livello fisico e relazionale.

La realtà italiana, europea e nordamericana

Un recente studio ha posto in evidenza come, in Italia, la quasi totalità dei reparti di rianimazione abbia politiche restrittive in tema di presenza di familiari e visitatori. Il tempo di visita a disposizione è molto limitato (in media un'ora al giorno) e vengono attuate restrizioni sia sul numero dei visitatori (accade nel 92% delle strutture di rianimazione esaminate), sia sul tipo di visitatori (il 17% dei reparti ammette solo familiari stretti, mentre il 69% non permette che i bambini facciano visite).

Parte dei reparti considerati nello studio, inoltre, non modifica le sue regole per l'accesso dei visitatori se il paziente ricoverato è un bambino (9%), né se il paziente sta morendo (21%). I reparti con elevato numero di ricoveri e quelli appartenenti alle regioni del Sud Italia (comprese Sicilia e Sardegna) hanno orari di visita significativamente più limitati. Un quarto dei reparti esaminati non ha una sala d'attesa per i familiari e nel 95% dei casi si obbliga i visitatori a indossare indumenti protettivi. I dati provenienti dagli altri Paesi europei e dagli Stati Uniti mostrano complessivamente una grande variabilità di comportamenti per quanto riguarda la presenza di familiari e

visitatori nelle strutture di rianimazione, ma la realtà italiana appare la più restrittiva. Solo le Fiandre hanno un quadro per certi versi paragonabile all'Italia, con solo il 3,3% dei reparti che non applica restrizioni alle visite. In Francia la media del tempo di visita è attualmente di quattro ore al giorno e più di un quinto delle cliniche non attua restrizioni. In Svezia, nel Regno Unito e negli Stati Uniti i reparti di rianimazioni che consentono visite ventiquattr'ore al giorno sono rispettivamente il 70%, il 22% e il 32%.

La tendenza a mantenere i reparti di terapia intensiva chiusi può essere attribuita prevalentemente a fattori culturali: il concetto di rianimazione centrata sul paziente non è forse ancora così diffuso e sembrano perdurare alcuni aspetti del paternalismo medico. In questo modo il paziente e i suoi bisogni tendono a essere considerati prevalentemente su un piano strettamente tecnico, e si lasciano le famiglie (e gli aspetti relazionali) fuori dalla porta.

La risposta alla sofferenza

Il lavoro svolto in rianimazione sotto gli occhi dei familiari contribuisce a dare rassicurazione, rafforzando la convinzione che il proprio caro è seguito con impegno e in modo continuato. La possibilità di stare accanto al proprio caro, insieme a informazione, rassicurazione, sostegno e comfort, rappresentano i cinque bisogni principali dei familiari di pazienti ricoverati in rianimazione, ma medici e infermieri spesso sottostimano questo aspetto. Il ricovero in rianimazione e la separazione dal proprio mondo degli affetti rappresentano un motivo di grande sofferenza sia per il paziente sia per la famiglia, e numerosi dati suggeriscono che la liberalizzazione dell'accesso alla rianimazione per familiari e visitatori è benefica. In particolare, l'apertura della rianimazione non solo non causa l'aumento di infezioni nei pazienti, ma anzi si riducono in modo statisticamente significativo sia le complicanze cardiovascolari sia gli attacchi di ansia e le modificazioni ormonali dovute allo stress. E inoltre c'è una netta



riduzione dell'ansia nei familiari. La presenza dei familiari di per sé non riduce il livello di assistenza al paziente, anche se può essere percepita dagli infermieri come un elemento di interferenza o di sovraccarico nella loro attività. Se allora da un lato la presenza dei familiari

può divenire un elemento di ulteriore stress per l'equipe (e come tale va trattato), dall'altro può però offrire un efficace sostegno al paziente in un tempo di particolare

gravosità, facilitando anche la comunicazione tra paziente e curanti. D'altronde, non esiste alcuna solida base scientifica per limitare l'accesso dei visitatori in rianimazione, e come si dice in un articolo di Donald Berwick e Meera Kotagal pubblicato su Jama: «restricting visiting in ICUs is neither caring, compassionate, nor necessary», (ridurre le visite nei reparti di terapia intensiva non ha nulla a che fare né con la cura, né con la compassione. E non è necessario). Solo un grave pericolo per la salute pubblica potrebbe eccezionalmente giustificare la restrizione delle visite.

Infine, esiste anche una motivazione squisitamente etica che supporta l'apertura della rianimazione: riconoscere il volto dell'altro, secondo l'espressione di Emmanuel Lévinas, chiama alla responsabilità. Pertanto termini come accoglienza e ospitalità debbono essere assunti come modalità della relazione con l'altro anche nel contesto ospedaliero e devono essere concretamente tradotti persino in una realtà particolare e complessa come la rianimazione.

Una risposta efficace ai bisogni del malato

La rianimazione aperta, infine, offre la possibilità di garantire cura e attenzione anche quando si è raggiunto il limite terapeutico. La morte può essere affrontata in modo differente, con un linguaggio e dei gesti diversi da quelli consueti. Anziché consegnare un corpo dopo la morte, si

possono creare le condizioni perché la persona sia accompagnata nel tempo della morte.

L'obiettivo generale non è però aprire indiscriminatamente la rianimazione a qualunque presenza, ma consentire al paziente, quando questo sia possibile, di autodeterminare le presenze per lui significative e stabilire alcune norme di gestione, di igiene e di sicurezza, che ogni singolo reparto potrà elaborare e modificare nel tempo.

L'apertura della rianimazione e la presenza dei familiari accanto al malato non sono una concessione, né una nuova moda o l'ultimo grido del politically correct in campo sanitario, ma rappresentano una risposta efficace ai bisogni del malato e della sua famiglia. È una scelta che impegna a individuare soluzioni originali per ogni singola realtà, che richiede periodiche verifiche, che ha bisogno di essere rimotivata nel tempo, anche in considerazione dell'elevato turn over delle equipe di rianimazione.

La rianimazione aperta rinnova e arricchisce i gesti dell'alleanza terapeutica tra la persona ammalata e quanti si prendono cura del malato.

L'autore **Alberto Giannini** è medico rianimatore presso l'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano
a.giannini@policlinico.mi.it

Per saperne di più

- **D. M. Berwick, M. Kotagal**, "Restricted visiting hours in ICUs: time to change". In: Jama, 2004.
- **H. Burchardi**, "Let's open the door!". In: Intensive Care Medicine, 2002.
- **J. E. Davidson et al**, "Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005". In: Critical Care Medicine, 2007.
- **A. Giannini**, "Open intensive care units: the case in favour". In: Minerva Anestesiologica, 2007.
- **A. Giannini et al**, "Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey". In: Intensive Care Medicine, 2008.
- **E. Lévinas**, Etica e infinito. Città Nuova Editrice, Roma, 1984.

Parliamone

Copyright by Collegio IP.AS.VI - Sondrio

Publicato trimestralmente ed inviato a tutti gli iscritti del Collegio IP.AS.VI. Viene inviato in abbonamento, si prega pertanto di comunicare tempestivamente il cambio di indirizzo al Collegio IP.AS.VI., via Aldo Moro, 32 - 23100 Sondrio
E-mail: info@ipasviso.org

PRESIDENTE: Ercole Andrea Piani
VICE PRESIDENTE: Rosella Baraiolo
SEGRETARIO: Marisa Ambrosini
TESORIERE: Andrea Pedrini

CONSIGLIERI:

Alberta Acquistapace - Edo Bagiole - Ida Bertelli - Matteo Caneva - Olga Cedro - Carla Fallini - Arianna Fiorelli - Alessandro Fumasoni - Tiziana Giacconi - Bruno Orsini - Adelaide Tudori

REVISORI DEI CONTI:

Presidente Giancarlo Bottà - membro effettivo Milena Spandrio
membro effettivo Gisella Tridella - membro supplente Chiara Fognini

HANNO COLLABORATO

Ambrosini Marisa - Andreani Francesco - Bettini Paola - Falciani Michele - Ferrari Maria Teresa - Giannini Alberto - Lamberti Mirella - Manca Maria Cristina - Mazza Chiara - Paini Debora - Rinaldi Denis - Salvo Salvatore Maria Giuseppe

Un'esperienza al centro dell'Africa in Rwanda

di Anna Gherardi*

Nel 2009, insieme a un gruppo di amici, feci un viaggio in Rwanda e soggiornai nella Missione di Rulindo, situata tra le colline della Provincia del Nord.

Rimasi colpita dalla bellezza della natura e dal modo di vivere e di lavorare della gente: mi sono trovata immersa in una vita uguale a quella che i nostri vecchi ci raccontavano della loro infanzia: tanta gente in cammino per le strade, campi coltivati a forza di braccia, mercati variopinti, tanti bambini in giro....

Nel 2010 ci sono tornata per soggiornarvi più a lungo e cercare di conoscere meglio quella realtà.

Dopo le sofferenze patite a seguito del genocidio del 1994, il Rwanda è un paese che vuole tornare a vivere e svilupparsi, ma c'è ancora molta strada da fare.

Sono ancora presenti la povertà e la scarsa istruzione.

La salute della popolazione è ancora scarsamente tutelata (sono diffuse Tbc, Aids e malaria).

Oltre la metà della popolazione non si nutre a sufficienza.

Sono i bambini a soffrire maggiormente per la condizione di malnutrizione.

IL CENTRO NUTRIZIONALE DI RULINDO

Durante il secondo soggiorno a Rulindo ho frequentato il locale Centro Nutrizionale.

Il Centro fa capo alla Missione e assiste i bambini affetti dalla sindrome della malnutrizione fino a 5 anni di età.

E' un centro diurno, ma con possibilità di ricovero del bambino insieme alla madre nei casi più gravi (per raggiungere il centro devono camminare anche fino a due o tre ore).

Il periodo critico per il manifestarsi della sindrome della malnutrizione è quello dello svezzamento (verso un anno e mezzo di età del bambino) e nei casi in cui la mamma è HIV positiva o affetta da SIDA (AIDS) e smette di allattare a 5/6 mesi di età del figlio.

SITUAZIONE AD APRILE 2010

(attualmente pressoché invariata)

- N° 63 bambini assistiti
- N° 56 bambini da 0 a 5 anni
- N° 7 bambini da 5 a 10 anni
- Sono 32 bambine e 31 maschietti.
- N° 4 hanno meno di un anno
- N° 19 hanno da 1 a 2 anni
- N° 14 hanno da 2 a 3 anni
- N° 15 hanno da 3 a 4 anni
- N° 4 hanno da 4 a 5 anni
- N° 7 hanno da 5 a 10 anni

I 7 bambini tra 5 e 10 anni hanno sofferto in passato di malnutrizione grave e ne portano ancora le conseguenze: statura bassa, peso molto al di sotto della norma, ritardo mentale e disturbi intestinali di vario tipo.

I bambini sono divisi in 3 gruppi e frequentano il Centro una volta la settimana.

Presso il Centro lavora una sola operatrice con esperienza di assistenza.

Essa si occupa di controllare lo stato di salute generale dei bambini attraverso l'osservazione del loro aspetto e il colloquio con la mamma, inoltre tiene monitorato il loro accrescimento con il controllo del peso e dell'altezza e compila la scheda individuale e la curva di accrescimento:

- accrescimento normale 6
- accrescimento sotto la norma 28
- accrescimento gravemente sotto la norma 22
- Per i 63 bambini l'alimentazione che la famiglia riesce ad assicurare loro è:
- sufficiente per 6 bambini e insufficiente per 57 bambini;
- sempre equilibrata per 3; non sempre equilibrata per 20; mai equilibrata per 40 bambini

PROPOSTA DI GIORNATA TIPO AL CENTRO NUTRIZIONALE		
H. 08	ARRIVO AL CENTRO	OGNI MAMMA LAVI IL SUO BAMBINO LO CAMBIA (VESTITI DEL C.N.) E LO PESA.
H. 09-09.30	COLAZIONE	TAZZA DI LATTE
H.10	DIVISIONE COMPITI MAMME	SU 18 MAMME: ←
<ul style="list-style-type: none"> • 2 MAMME CUOCHE • 1 MAMMA LAVANDAIA • 3 MAMME BAMBINAIE le altre si occuperanno del campo e degli animali		
H. 13	PRANZO	OGNI MAMMA COL SUO BAMBINO
H.15	RITORNO A CASA	MOMENTO DEDICATO ALLE INFORMAZIONI SANITARIE

ORGANIZZANDO IN QUESTO MODO LA GIORNATA SI AVRANNO RISULTATI MIGLIORI PER MAMME E BAMBINI:

- 1° I BAMBINI AVRANNO LE CURE IGIENICHE ADEGUATE
 - 2° USUFRUIRANNO DI ALIMENTAZIONE CORRETTA
 - 3° CREERANNO RELAZIONI E SOCIALIZZARANNO TRA COETANEI
- LE MAMME:
- 1° OTTIMIZZERANNO I TEMPI DEDICATI AL LAVORO
 - 2° RICEVERANNO ADEGUATE INFORMAZIONI SU MALATTIE E CONTRACCEZIONE
 - 3° AVRANNO OCCASIONE DI CREARE RELAZIONI DI FIDUCIA E COLLABORAZIONE



La situazione familiare dei bambini è la seguente:

- Numero di figli viventi:
 - fino a 3 per 21 famiglie;
 - più di 4 per 42 famiglie
 - Madre affetta da SIDA = 23
 - Madre deceduta = 1
 - Madre assente (malata, fuggita, in prigione) = 7
 - Padre affetto da SIDA = 7
 - Padre deceduto = 9
 - Padre assente o sconosciuto = 15
- Dei 23 bambini figli di madri HIV positive o affette da SID :
- 12 sono HIV negativi
 - 8 sono incerti (non ancora fatto il test o test in corso)
 - 3 sono affetti da SIDA

I sintomi più frequenti che i bambini presentano all'osservazione diretta sono: ipoattività, scarsa risposta al sorriso e alle proposte di gioco, edemi all'addome, ai piedi e agli occhi. Spesso presentano rinorrea, diarrea, inappetenza, vermi intestinali, febbre.

DIFFICOLTA' ATTUALI

Gli obiettivi del Centro sono quelli di fornire pasti equilibrati ai bambini nei giorni di frequenza, alimenti da portare a casa, educazione rivolta alle mamme per una nutrizione corretta dei loro bambini, una migliore igiene per prevenire le malattie correlate e una maternità più responsabile, in particolare sul controllo delle nascite.

E' difficile raggiungere questi obiettivi per diversi motivi:

- Insufficienti risorse da parte della famiglia per il cibo, i vestiti, il sapone, per pagare la mutua e poter avere cure sanitarie meno costose
- Difficoltà a rifornirsi di acqua (la fontana è lontana da casa)
- Il Centro non ha un'autonomia economica, sebbene abbia alcune attività produttive annesse (campo, mucca, galline e alcune capre) e non riesce a garantire interventi efficaci con continuità
- La pulizia e la manutenzione del CN sono carenti
- Le attività di tipo educativo per l'acquisizione di comportamenti corretti da parte delle mamme, sull'igiene della persona e sulla prevenzione delle malattie sono insufficienti
- La socializzazione assistita e il gioco tra i bambini che frequentano il CN sono assenti
- L'attività di informazione e consulenza sul controllo nascite è poco sviluppata.

Così buona parte dei bambini continuano a frequentare il CN a tempo indeterminato ma non migliorano la loro condizione e continuano ad avere sintomi di malnutrizione

INTERVENTI NECESSARI

Gli interventi necessari per migliorare i risultati potrebbero essere:

1. Ampliare le attività produttive annesse al CN al fine di arrivare a un'autonomia economica
 2. Offrire lavoro alle mamme più povere nelle attività annesse al centro
 3. Procurare scorte di alimenti sufficienti
 4. Migliorare la pulizia e la manutenzione della struttura che ospita il CN
 5. Impiegare e formare personale qualificato (almeno 2 operatori)
 6. Effettuare una presa in carico del bambino più razionale (accertamento del livello di gravità della malnutrizione e di eventuali malattie correlate)
 7. Adottare modalità di intervento personalizzato (per esempio accessi giornalieri o soggiorno presso il centro per un numero maggiore di casi, e meno frequenti per chi sta migliorando e le cui mamme dimostrano di poter preparare a casa pasti adeguati)
 8. Realizzare un rapporto di collaborazione più diretta con il Centro di Sanità locale, finalizzata all'accertamento del livello di malnutrizione e delle malattie correlate (il C.di S. è una struttura sanitaria di primo intervento a livello di distretto dove si fanno gli esami diagnostici di base, si somministrano le terapie, si assistono i parti e si fanno brevi ricoveri in attesa di trasferimento verso l'ospedale. Di solito non c'è la presenza del medico, sono gli infermieri e le ostetriche che lo gestiscono).
 9. Adottare un piano di lavoro e dei protocolli che garantiscano efficacia agli interventi relativi alla presa in carico e al decorso; alla somministrazione dei pasti presso il centro con l'utilizzo razionale degli alimenti a disposizione; alla distribuzione di alimenti alle mamme; all'educazione a comportamenti corretti sull'igiene della persona e prevenzione delle malattie; alla consulenza per il controllo delle nascite.
 10. Interventi per l'educazione alla socializzazione dei bambini durante la loro permanenza al Centro
- Sul mercato locale è possibile reperire una discreta varietà di alimenti e, con una spesa moderata (secondo i nostri parametri) si pos-

sono confezionare pasti equilibrati, nel rispetto delle abitudini locali circa la loro preparazione e cottura.

Due ricette che ho visto preparare di cui occorrerebbe solo verificare la razionalità delle proporzioni tra gli ingredienti:

- purea di patate e fagioli con aggiunta di una specie di spinacio e condita a con olio e cipolla (una specie di taroz...)
- polenta molle a base di farina di sorgo o mais con l'aggiunta di zucchero e uova fresche a cottura ultimata.

Gli alimenti più presenti in loco, oltre quelli citati sono: farine di frumento, riso, soia, miele, banane e ortaggi di vario tipo (pomodori, carote, cavoli....)

Il latte e la carne sono più pregiati e sono usati in via eccezionale. Noi lo scorso anno abbiamo acquistato una mucca per il Centro nutrizionale e contiamo di poter dare del latte ai bambini.

PROPOSTA

Ecco la proposta che vorrei rivolgere ai miei colleghi Infermieri: adottiamo tutti insieme il Centro Nutrizionale di Rulindo e facciamolo funzionare bene.

Cosa serve?

Io penso che un modesto contributo periodico libero, sia come importo che come cadenza, da parte di un gruppo numeroso potrebbe garantire l'autonomia economica al Centro e la continuità degli interventi che è condizione indispensabile per ottenere dei risultati.

Inoltre sarei felice di ricevere le vostre opinioni e consigli e se c'è qualcuno che vuole fare un periodo di volontariato sul posto se ne può parlare, io ci vorrei tornare appena possibile.

L'Associazione Solidarietà Terzo Mondo di Sondrio, di cui faccio parte con l'incarico di seguire il progetto Rwanda, si fa carico di raccogliere le donazioni e di destinarle allo scopo e si impegna a tenere aggiornati i sostenitori sulla evoluzione del progetto.

Grazie

anna.gherardi@gmail.com

Altre informazioni sul progetto Rwanda sul sito: weloverwanda.org

* Infermiera abilitata funzioni direttive

Prevenzione delle complicanze dell'accesso vascolare post coronarografia

di Debora Pains*

INTRODUZIONE

La coronarografia o angiografia tramite puntura arteriosa, può essere effettuata sia in sede radiale sia femorale, ed è una metodica diagnostica che, mediante l'introduzione di mezzo di contrasto, consente la visualizzazione, tramite immagini radiologiche (contrastografiche), delle arterie coronarie al fine di studiarne la morfologia, il decorso ed eventuali alterazioni, disfunzioni, anomalie o patologie. Inoltre è possibile intervenire su di esse applicando *stent* metallici medicati e non, o effettuandone la pulizia del lume interno.

L'inserimento di una sonda tramite una arteria di lume adeguato, sufficientemente ampio, è la via di accesso per l'introduzione del catetere. Steffino *et al.* (2006) affermano che viene preso sempre in considerazione come sito d'elezione l'arteria radiale se il lume è sufficientemente ampio in quanto in questa sede, risultano praticamente assenti le complicanze vascolari post esame diagnostico in termini di mobilizzazione, degenza prolungata e quindi comfort del paziente.

Per quanto riguarda la cateterizzazione transfemorale una vasta gamma di metodi sono in uso per diminuire l'incidenza delle complicanze vascolari, per migliorare il comfort della persona dopo l'esame. Tra questi si ricordano: i dispositivi di compressione meccanica, i presidi per la vasocostrizione e le metodiche *standard* quali la compressione manuale, le fasciature compressive o la applicazione di pesi in sede di puntura. Sono stati inoltre implementati studi per valutare l'utilizzo della crioterapia locale allo scopo di favorire la vasocostrizione (King *et al.*, 2008). La prevenzione delle complicanze come l'emorragia, l'ematoma, l'occlusione dei vasi, la dissezione e la formazione di pseudoaneurismi, le infezioni del punto di inserzione, la fistola artero-venosa, l'embolizzazione, comportano la necessità di un prolungato riposo a letto, che può implicare inevitabilmente l'alterazione del comfort della persona assistita. (Kivileim *et al.*, 2007).

Per ridurre il rischio di possibili complicanze vascolari dopo la procedura, il sito d'accesso viene valutato costantemente nel tempo dal personale specializzato, ispezionato prima della dimissione e ne registrate le conclusioni valutative (Apple-gate *et al.*, 2008).

Dalla letteratura emerge che i dispositivi di chiusura a spina di collagene e i dispositivi di sutura dell'arteriotomia prodotti dall'industria farmaceutica per favorire l'emostasi rappresentano una valida alternativa alla sola compressione manuale, con un importante vantaggio per il comfort del paziente in termini di deambulazione precoce dalla rimozione del catetere (Desideri *et al.*, 2005).

Negli ultimi anni i dispositivi di chiusura vascolare sono stati utilizzati in alternativa ai metodi tradizionali e sono risultati sicuri e non sono stati associati ad alcuna complicanza vascolare a lungo termine (Lee *et al.*, 2009).

REPORT DELLA RICERCA

PICO

P	Persona sottoposta ad intervento di coronarografia attraverso puntura arteriosa femorale
I	Utilizzo di compressione manuale <i>standard</i>
C	Utilizzo di dispositivi medici per emostasi degli accessi arteriosi
O	Riduzione delle complicanze, comfort della persona



STRATEGIE DI RICERCA

Letteratura secondaria (linee guida)

Database: TRIPDATABASE

Disponibile da: <http://www.tripdatabase.com/index.html>

Consultato il: 23.9.2010

Search Strategy: hemostasis and coronary angiography.

Limits: added to trip database in the last 5 years, published in the last 5 years, only items with abstracts, Humans, English, Italian, Nursing journals.

Documenti reperiti: 2789

Documenti selezionati e pertinenti: 1

1. Marso S.P., Amin A.P., House J.A., Kennedy K.F., Spertus J.A., Rao S.V., Cohen D.J., Messenger J.C., Rumsfeld J.S. (2010). Association Between Use of Bleeding Avoidance Strategies and Risk of Periprocedural Bleeding Among Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention. *The Journal of American Medical Association*, (21):2156-2164.

Letteratura primaria (articoli/studi)

Database: MEDLINE

Disponibile da: www.pubmed.gov

Consultato il: 8.7.2010

Search Strategy: Femoral Artery AND Coronary Angiography

Limits: added to Pubmed in the last 5 years, published in the last 5 years, only items with abstracts, Humans, English, Italian, Nursing journals.

Documenti reperiti: 40

Documenti selezionati e pertinenti: 1

1. King N.A., Philpott S.J., Leary A. (2008). A randomized controlled trial assessing the use of compression versus vasoconstriction in the treatment of femoral hematoma occurring after percutaneous coronary intervention. *Heart Lung*, 37(3): 205-10

Database: MEDLINE

Disponibile da: www.pubmed.gov

Consultato il: 8.7.2010

Search Strategy: Compressive bandage

Limits: added to Pubmed in the last 5 years, published in the last 5 years, only items with abstracts, Humans, English, Italian, Nursing journals.

Documenti reperiti: 12 risultati

Documenti selezionati e pertinenti: 0

Database: MEDLINE

Disponibile da: www.pubmed.gov

Consultato il: 8.7.2010

Search Strategy: Hemostasis, Surgical AND Angiography

Limits: added to Pubmed in the last 5 years, published in the last 5 years, only items with abstracts, Humans, English, Italian, Nursing journals.

Documenti reperiti: 34

Documenti selezionati e pertinenti: 3

1. Desideri A., Tonello D., Coscarelli S., Alitto F., Daniotti A., Chioin R. (2005). Early mobilization after percutaneous catheterization and vascular closure with a novel device (Star-Close). *The American journal of cardiology*, 96(10): 1408-9.
2. Germing A., Lindstaedt M., Reber D. (2008). Femoral vascular closure device: the surgical view. *Vascular*, 16(5): 295-6.
3. Hallak O.K., Cubeddu R.J., Griffith R.A., Reyes B.J. (2007). The use of the D-STAT dry bandage for the control of vascular access site bleeding: a multicenter experience in 376 patients. *Cardiovascular and Interventional Radiology*, 30(4):593-600.

Database: MEDLINE

Disponibile da: www.pubmed.gov

Consultato il: 8.7.2010

Search Strategy: Hemostatic Techniques AND Coronary Angiography

Limits: added to pubmed in the last 5 years, published in the last 5 years, only items with abstracts, Humans, English, Italian, Nursing journals.

Documenti reperiti: 21

Documenti selezionati e pertinenti: 3

1. Cubero J.M., Lombardo J., Pedrosa C., Diaz-Bejarano D., Sanchez B., Fernandez V., Gomez C., Vazquez R., Molano F.J., Pastor L.F. (2009). Radial compression guided by mean artery versus standard compression with a pneumatic device. *Catheter Cardiovasc Interv*, 73(4):467-72.
2. El-Jack S.S., Ruygrok P.N., Webster M.W., Stewart J.T., Bass N.M., Armstrong G.P., Ormiston (2006). Effectiveness of manual pressure hemostasis following transfemoral coronary angiography in patients on therapeutic warfarin anticoagulation. *American Journal of Cardiology*, 97(4): 485-8.
3. Lee S.W., Ho H.H., Kong S.L., Lam Y.M., Siu C.W., Miu K.M., Lam L., Chan H.W. (2010). Long term clinical outcomes after deployment of femoral vascular closure devices in coronary angiography and percutaneous coronary intervention. *Catheterization and cardiovascular interventions*, 75(3): 345-8.

Database: MEDLINE

Disponibile da: www.pubmed.gov

Consultato il: 8.7.2010

Search Strategy: angiography AND hemostatic
Limits: added to pubmed in the last 5 years, published in the last 5 years, only items with

abstracts, Humans, English, Italian, Nursing journals.

Documenti reperiti: 128

Documenti selezionati e pertinenti: 4

1. Elian D., Guetta V., Alcalai R., Lotan C., Segev A. (2006). Early mobilization after diagnostic cardiac catheterization with the use of a hemostatic bandage containing thrombin. *Cardiovascular Revascularization Medicine*, 7(2):61-3.
2. Imam A., Carter R.M., Phillips-Hughes J., Boardman P., Uberoi R. (2007). Star-Close vascular closure device: prospective study on 222 deployments in an interventional radiology practice. *Cardiovascular Interventions of Radiology*, 30(4):738-42.
3. Looby S., Keeling A.N., Mc Erlean A., Given M.F., Geoghegan T., Lee M.J. (2008). Efficacy and safety of the angioseal vascular closure device post antegrade puncture. *Cardiovascular Interventions of Radiology*, 31(3):558-62.
4. Turi Z.G. (2008). The road to perfect closure—still unpaved. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*, 71(6):738-9.

Database: CINAHL

Disponibile da: www.cinahl.com

Consultato il: 8.7.2010

Search Strategy: angiography and hemostasis

Limits: added to cinahl in the last 5 years, published in the last 5 years, only items with abstracts, Humans, English, Italian, Nursing journals.

Documenti reperiti: 49 risultati

Documenti selezionati e pertinenti: 0

DISSERTAZIONE

Pur essendo l'angiografia coronarica una metodica diagnostico-terapeutica ampiamente consolidata, un numero sempre crescente di studi ha come oggetto la prevenzione e la gestione della complicanze del sito di accesso arterioso post intervento. Queste ultime si distinguono in due grandi rami: minori, come lo stitico ematico, l'ematoma, il gonfiore e l'immobilizzazione prolungata, o maggiori, come l'emorragia, l'infezione, lo pseudoaneurisma, la stenosi e l'occlusione arteriosa.

La compressione manuale è ritenuta la procedura d'elezione per ottenere l'emostasi dopo la rimozione del catetere dalla sede inguinale (Elian *et al.* 2005).

Looby (2008) sostiene che nella pratica tradizionale la compressione manuale locale deve essere attuata per un periodo massimo di 20 minuti sul punto di inserzione con una prescrizione di successivo riposo a letto di 8-12 ore associato all'immobilizzazione dell'arto interessato. Questo trattamento emostatico è stato uno dei primi ad essere impiegato, a ad oggi, sebbene non esente da complicazioni quali il sanguinamento del sito d'accesso, l'ematoma e l'insoddisfazione per il paziente, risulta essere ancora il più utilizzato. Negli anni, la ricerca clinico-farmaceutica ha sviluppato dei dispositivi meccanici di chiusura vascolare.

In uno studio prospettico (Hallak *et al.* 2007) si è valutata l'efficacia e la sicurezza di emostasi arteriosa dei nuovi dispositivi rispetto al trattamento *standard* della compressione manuale. 376 pazienti sono stati randomizzati in due gruppi, dal gruppo sperimentale emerge che il tempo di emostasi è nettamente inferiore rispetto alla sola compressione manuale, con una riduzione dei tempi di inizio della deambulazione e quindi maggior comfort per la persona. Non si sono evidenziate differenze significative tra i due gruppi in merito ai tassi di complicanze minori e maggiori post intervento.

In uno studio clinico a lungo termine (Lee *et al.* 2009), condotto su 265 pazienti sottoposti a intervento di coronarografia, è stato valutato il

tasso di complicanze maggiori a distanza di un anno della sutura vascolare tramite l'uso dei dispositivi meccanici di chiusura. Dai dati emerge che non si è verificato alcun caso di complicanze maggiori come la fistola, lo pseudoaneurisma, l'emorragia, le infezioni o successivi trattamenti chirurgici del sito di accesso, con un tasso di complicanze minori del 2%.

Looby (2007) in una analisi retrospettiva su un campione di 60 documentazioni sanitarie afferma che il tasso di complicanze minori, a seguito dell'impiego dei dispositivi di chiusura, è risultato del 0,5%-1,9% con una maggiore soddisfazione per il paziente per la possibilità di deambulazione entro le 2-4 ore e la dimissione entro le 24 ore.

Germing (2008) in un'indagine clinica sostiene, tuttavia, che i dispositivi di chiusura meccanica risultano vantaggiosi, ma d'altra parte potenzialmente pericolosi, infatti vengono associati spesso al verificarsi di complicanze, anche se in minima percentuale, di gravità maggiore come l'occlusione vascolare, l'emorragia significativa con necessità di emotrasfusione e le infezioni da rigetto.

Un interessante studio prospettico (Doyle *et al.* 2006) condotto su 1009 pazienti si è valutato l'utilizzo di protocolli terapeutici promuoventi la deambulazione precoce entro un'ora dall'intervento previa attuazione di una compressione manuale della durata di 10-15 minuti. I tassi di complicanze minori e maggiori sono risultati ragionevolmente bassi, rispettivamente del 3,3% e del 1,1%.

Alla luce però degli elevati costi dei dispositivi di chiusura meccanica e dei rischi associati King *et al.* (2008) hanno condotto uno studio doppio cieco randomizzato controllato in cui sono stati reclutati un totale di 50 pazienti alla ricerca di qualcosa di semplice da gestire, perché se e vero che esiste molta letteratura con indicazioni di prevenzione della complicità post intervento, poco è stato scritto in merito alla complicità minore più comune ovvero l'ematoma. Effettua quindi lo studio dove utilizza due gruppi sperimentali: in uno somministra la crioterapia attraverso dei freddo-pack per la vasocostrizione del punto di inserzione del catetere, nell'altro gruppo applica dei sacchi di sabbia che esercitano una compressione costante dopo una compressione manuale per 10,15 minuti. Dai risultati emerge che in nessuno dei due gruppi si è sviluppata alcuna complicanza maggiore e nel gruppo trattato con freddo pack si è però osservato un aumento del tasso di riduzione dell'ematoma, (principale complicanza minore se l'ematoma non supera i 35 cm quadrati) e una maggiore tollerabilità e comfort rispetto all'altro gruppo. Tuttavia nonostante gli ottimi risultati in qualità di prevenzione e per la promozione del comfort del paziente, la crioterapia come metodo di vasocostrizione dopo la rimozione del catetere, non è attualmente riconosciuta come il trattamento ottimale post angiografia. La terapia compressiva tramite sacchi di sabbia non è stata efficace nel ridurre l'incidenza delle complicanze vascolari dopo la procedura e l'insuccesso di questa è testimoniato anche da un altro studio randomizzato controllato (Imaz *et al.*, 2007) che non evidenzia nessun vantaggio per questa terapia.

Sempre dall'analogo studio emerge un ulteriore problematica legata alla posizione obbligatoria supina: i pazienti hanno avuto un aumento del dolore alla schiena. Questo è un problema comune che è stato affrontato facendo riposizionare ogni ora, alternando la postura supina con quella sul fianco destro e sinistro, rimanendo per un'ora in ogni posizione, durante le prime sette ore. È stato poi posto un cuscino nella zona lombare per il supporto della gamba interessata e l'inclinazione della testata aumentata di circa 30 o 45 gradi. Tramite una scala analogica del dolore si evidenzia una migliorata gestione delle complicanze e quindi del comfort con una maggior soddisfazione del paziente. I risultati ottenuti in questo studio forniscono infermieri una migliore comprensione dei bisogni fisici dei pazienti, in modo che interventi infermieristici appropriati possono essere previsti per aumentare il comfort del paziente dopo l'intervento cardiaco.

Elian (2006) afferma tuttavia che l'uso dei dispositivi per chiusura arteriotomica è ancora controverso in quanto in un studio randomizzato controllato non sono state evidenziate differenze in ambito di prevenzione di complicanze

vascolari tra la compressione manuale e l'uso di dispositivi di chiusura meccanica se non per un vantaggio in termini solo di tempistiche di deambulazione della persona. Ad oggi, nessuno studio randomizzato controllato ha dimostrato la superiorità dei dispositivi di chiusura vascolare sulla compressione manuale nella riduzione delle complicanze vascolari. Uno studio condotto da Marso *et al.* (2010) non evidenzia alcuna differenza nel rischio di complicanze minori tra l'uso di dispositivi di chiusura vascolare e la compressione manuale.

In finale Turi (2008) in un commento editoriale che ha scritto per la rivista "Catheterization and Cardiovascular Interventions" esprime il suo parere in merito ai dispositivi di chiusura sostenendo che gli studi fin ora effettuati non dimostrano l'esistenza di un dispositivo perfetto le quali possibilità di successo senza complicanze si avvicinano al 100%, gli studi sono incompleti e non si possono trarre conclusioni di massima. D'altra parte lo stesso discorso vale per la compressione manuale considerata ormai barbara.

CONCLUSIONI

La compressione manuale è una pratica che implica un maggior dispendio di risorse in termini di personale addetto all'esecuzione degli interventi previsti e il relativo dispendio di tempo per gli stessi, inoltre comporta dei tempi di degenza prolungati per la persona. nonostante ciò Germin (2008) afferma che tale metodica viene mantenuta in uso perché più sicura per il fatto che le complicanze maggiori si verificano più raramente.

Sarebbe utile mettere in atto protocolli che prevedano interventi volti alla riduzione dei tempi di allettamento e al miglioramento del comfort in quanto si riscontra spesso che il mal di schiena e l'intolleranza alla posizione obbligatoria risultino variabili comuni e tutte le persone sottoposte a coronarografia. In conseguenza di tale pratica aumenta l'impiego di antidolorifici e l'investimento in termini di risorse umane per ovviare a questi inconvenienti. Gli studi infatti dimostrano che questo tipo di posizionamento (allettamento

prolungato e immobilizzazione) si basi più sulla tradizione piuttosto che sulla ricerca (Rezaei-Adaryani *et al.* 2009).

Se l'utilizzo di dispositivi di chiusura arteriosa riduca le complicanze vascolari è ancora una teoria controversa (Elian *et al.* 2005); sicuramente pur in presenza di complicanze che nel complesso sono simili a quelle connesse con la compressione manuale, esse si presentano con una maggiore gravità anche se dall'altra parte hanno sensibilmente ridotto il tempo di emostasi, il tempo di deambulazione e aumentato il comfort per l'assistito. Le conseguenze vascolari negative associate all'uso di questi dispositivi di riparazione chirurgica, sono: la necessità di sbrigliamento chirurgico, l'occlusione e l'infezione (Doyle *et al.* 2006).

Va comunque tenuto in considerazione che l'uso della terapia anticoagulante influenza l'outcome inerente l'emostasi e i relativi tempi di raggiungimento a seconda della quantità di farmaco somministrata nonché delle variabili come sesso, età e presenza di patologie concomitanti (diabete, difetti preesistenti della coagulazione). Per i motivi appena elencati, nessuno degli studi considerati fornisce indicazioni esaurienti di gestione clinico-assistenziale: ogni persona necessita di un piano terapeutico individualizzato in relazione all'anamnesi e al rischio di sanguinamento correlato. Dagli studi non viene evidenziata alcuna differenza rispetto dell'impiego delle due tecniche in concomitanza all'uso di anticoagulanti.

Bibliografia

Desideri A., Tonello D., Coscarelli S., Alitto F., Daniotti A., Chioin R. (2005). Early mobilization after percutaneous catheterization and vascular closure with a novel device (Star-Close). *The American journal of cardiology*, 96(10): 1408-9.

El-Jack S.S., Ruygrok P.N., Webster M.W., Stewart J.T., Bass N.M., Armstrong G.P., Ormiston (2006). Effectiveness of manual pressure hemostasis following transfemoral coronary angiography in patients on therapeutic warfarin anticoagulation. *American Journal of Cardiology*, 97(4): 485-8.

Elian D., Guetta V., Alcalai R., Lotan C., Segev A. (2006). Early mobilization after diagnostic cardiac catheterization with the use of a hemostatic bandage containing thrombin. *Cardiovascular Revascularization Medicine*, 7(2): 61-3.

Germing A., Lindstaedt M., Reber D. (2008) Femoral vascular closure device: the surgical view. *Vascular*, 16(5):295-6.

Hallak O.K., Cubeddu R.J., Griffith R.A., Reyes B.J. (2007). The use of the D-STAT dry bandage for the control of vascular access site bleeding: a multicenter experience in 376 patients. *Cardiovascular and Interventional Radiology*, 30(4):593-600.

Imaz A., Carter R.M., Phillips-Hughes J., Boardman P., Uberoi R. (2007). Star-Close vascular closure device: prospective study on 222 deployments in an interventional radiology practice. *Cardiovascular Interventions of Radiology*, 30(4):738-42.

King N.A., Philpott S.J., Leary A. (2008). A randomized controlled trial assessing the use of compression versus vasoconstriction in the treatment of femoral hematoma occurring after percutaneous coronary intervention. *Heart Lung*, 37(3): 205-10

Lee S.W., Ho H.H., Kong S.L., Lam Y.M., Siu C.W., Miu K.M., Lam L., Chan H.W. (2010). Long term clinical outcomes after deployment of femoral vascular closure devices in coronary angiography and percutaneous coronary intervention. *Catheterization and cardiovascular interventions*, 75(3):345-8.

Looby S., Keeling A.N., Mc Erlean A., Given M.F., Geoghegan T., Lee M.J. (2008). Efficacy and safety of the angioseal vascular closure device post antegrade puncture. *Cardiovascular Interventions of Radiology*, 31(3):558-62.

Marso S.P., Amin A. P., House J. A., Kennedy K.F., Spertus J. A., Rao S.V., Cohen D. J., Messenger J. C., Rumsfeld J.S. (2010). Association Between Use of Bleeding Avoidance Strategies and Risk of Periprocedural Bleeding Among Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention. *The Journal of American Medical Association*, 1(21):2156-2164.

Turi Z.G. (2008). The road to perfect closure--still unpaved. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*, 71(6):738-9.

* Infermiera Laureata Anno Accademico 2009-2010 Università degli Studi di Milano Bicocca

Il paziente anziano: come comunicare?

a cura di dott.ssa Maria Cristina Manca*

Comunicare, dal latino "communicare" (far prendere parte, dividere con qualcuno, sopportare insieme), è necessità e caratteristica fondamentale dell'uomo, in quanto animale socievole. Nella società attuale la comunicazione, nelle sue molteplici modalità, riveste un ruolo primario e strategico in tutti i campi, compreso il mondo della sanità: per il medico diventa essenziale sviluppare un percorso di comunicazione che, tenendo conto di tutte le sollecitazioni/interferenze esterne, porti ad instaurare un rapporto di fiducia col paziente e consenta di prendersene cura. Particolarmente problematica, ma imprescindibile, in una società che invecchia e dove la maggior parte dei pazienti è in età geriatrica, anche molto avanzata, è la comunicazione con l'anziano. Molti sono gli strumenti disponibili all'uomo per comunicare, primo fra tutti il linguaggio, in tutte le sue espressioni, poi la vista, l'udito, il tatto e tutto ciò che attiene alla comunicazione non verbale. Nell'anziano ciascuno di questi strumenti può presentare deficit più o meno gravi. Basti ricordare le afasie, i deficit uditivi, visivi, motorii, della sensibilità, per non parlare dei deficit cognitivi e quindi del vasto campo delle demenze. Si deve, inoltre, considerare che l'età geriatrica, tradizionalmente collocata a partire dai 65 anni, abbraccia un periodo della vita lungo, che ormai può arrivare a 100 anni e più. L'approccio comunicativo non può quindi essere lo stesso in tutte le età del paziente geriatrico. Molto diverso è anche il rapporto con l'anziano a secondo che si trovi fra le mura domestiche o all'ospedale, in casa di riposo, nell'ambulatorio del MMG. Non ultimo, va ricordato che di solito l'operatore sanitario comunica con una persona affetta da patologia cronica, se non da pluripatologia, da perdita dell'autosufficienza più

o meno grave, e quindi con un Essere Umano Fragile, magari supportato da un caregiver, come parente, badante, personale assistenziale. Le variabili da tenere in considerazione per comunicare adeguatamente sono, dunque, le condizioni fisiche, con necessaria valutazione dell'eventuale deficit cognitivo, l'ambiente, la presenza e la tipologia di chi presta le cure. Per esperienza personale posso dire che il primo requisito per una comunicazione utile è "il farsi capire", parlando lo stesso linguaggio, anche non verbale. Il secondo requisito, poi, è prestare attenzione al primo approccio con il paziente, perché condizionerà tutto il rapporto successivo. È vero che per la valutazione cognitiva sono a disposizione le relative scale, ma è altrettanto vero che un "primo incontro" fecondo non può prescindere dall'esperienza, dal sapere cosa si vuole sapere, dal tono della voce, dai gesti, dal desiderio di mettere l'anziano a proprio agio, dalla pazienza che sovente, sotto le mentite spoglie del tempo, fa difetto. Certo è più facile comunicare fra le mura domestiche che all'ospedale o in RSA (residenza sanitaria assistenziale), ma l'ambiente non può essere un ostacolo insuperabile. Ci sono, inoltre, momenti particolarmente difficili nel rapporto medico/paziente, che lo diventano ancora di più davanti all'anziano fragile, come quelli della comunicazione di una diagnosi con prognosi di patologia cronica o addirittura infausta. Quanto dire, come dire, perché dire, a chi dire, quando dire? Prima di esprimersi, il medico dovrebbe sempre porsi queste domande dal connotato etico e dovrebbe valutare le conseguenze del suo agire. Piace ricordare che, come dal latino, comunicare significa "prendere parte, sopportare insieme" e quindi partecipare alla vita di chi sta davanti, specialmente nell'età più avanzata, quando

l'autonomia è persa. Da ultimo, merita un accenno il problema dell'aderenza alla terapia dell'anziano affetto da patologie croniche, che vive a domicilio, magari solo. Il rispetto continuativo della prescrizione sarebbe fondamentale, ma è noto che spesso viene meno, compromettendo i risultati e rappresentando uno spreco per il Sistema Sanitario. Risulta allora necessario ripensare e mettere in atto strategie di comunicazione che garantiscano un'assunzione corretta e continuativa dei farmaci. È compito del medico, alla prima prescrizione e ad ogni modifica, spiegare nel dettaglio all'anziano, ripetutamente, con pazienza, magari coinvolgendo il caregiver, l'importanza dell'aderenza alla terapia. Ovviamente sono utili anche altri accorgimenti come: 1) limitare la prescrizione ai farmaci strettamente indispensabili; 2) scegliere la via di assunzione più semplice; 3) semplificare gli orari; 4) preparare la dose giornaliera di farmaci in appositi contenitori ecc. Degno di nota è la costanza del rapporto con il paziente, non solo per valutare l'aderenza ma anche per evidenziare eventuali effetti collaterali della terapia in atto, perché la patologia iatrogena è frequente e spesso grave nell'anziano. A conclusione mi piace citare quanto affermato dal filosofo Abraham Heschel: "Un buon modo di misurare le persone è osservare come si comportano con gli anziani. Chi non ama i bambini? Persino i tiranni e i dittatori più efferati ne fanno un vanto. L'affetto e la cura del vecchio, dell'incurabile, dell'abbandonato sono, al contrario, la vera miniera d'oro della cultura". Forse, il segreto della comunicazione è tutto qui!

* Medico geriatra

Il tromboembolismo venoso post operatorio

di Francesco Andreani*

Il tromboembolismo venoso (TEV), termine riferito alla trombosi venosa profonda (TVP) e all'embolia polmonare (EP), rappresenta la più comune patologia cardiovascolare dopo l'infarto del miocardio e l'ictus ischemico cerebrale. È un evento morboso dovuto alla formazione di coaguli ematici nelle vene della grande circolazione degli arti inferiori, che, oltre a causare danni locali, possono causare danni estesi, a volte fatali per la persona. Risulta essere tra le più frequenti e gravi complicanze nei pazienti ospedalizzati, in particolare quelli sottoposti ad intervento chirurgico.

Oltre ai fattori di rischio che possono essere presenti nella persona per lo sviluppo di questa manifestazione clinica, l'intervento chirurgico e la successiva immobilizzazione contribuiscono ulteriormente al suo insorgere.

L'elemento fondamentale per combattere lo sviluppo del tromboembolismo venoso è la prevenzione. Con adeguati comportamenti, interventi educativi e accorgimenti terapeutici adattati al paziente, basati sulle evidenze di studi scientifici e prove d'efficacia, gli operatori sanitari dovranno, in stretta collaborazione, evitare o ridurre l'insorgere della patologia e delle sue complicanze. Per tromboembolismo venoso o tromboembolia venosa si intende una malattia vascolare polmonare dovuta alla migrazione di materiale trombotico, chiamato trombo, da una vena sistemica profonda fino alla circolazione polmonare causandone l'occlusione. Il trombo venoso (fig.1) è costituito da un coagulo intravascolare composto di fibrina, piastrine, globuli rossi e globuli bianchi, che generalmente si forma in zone del sistema venoso dove il flusso sanguigno è rallentato.

I fattori predisponenti (triade di Virchow) alla formazione di un trombo, che possono agire singolarmente o in combinazione fra di loro, sono i seguenti:

- alterazione della circolazione venosa (rallentamento del flusso sanguigno con stasi venosa);
- anomalie della parete venosa (lesione dell'endotelio);
- alterazione della regolazione della coagulazione del sangue (ipercoagulazione).



Fig. 1: trombo venoso.

La malattia tromboembolica venosa (TEV) è composta da due manifestazioni cliniche: la trombosi venosa profonda e l'embolia polmonare. La trombosi venosa profonda (TVP), da non confondere con la tromboflebite che è l'infiammazione di una vena superficiale, è l'occlusione parziale o totale di una vena profonda dovuta al trombo venoso, mentre l'embolia polmonare (EP) è una complicanza della trombosi venosa profonda che avviene quando il trombo dalla vena si stacca e, tramite la circolazione sanguigna venosa passando dal cuore, arriva alla circolazione polmonare fermandosi in un'arteria o in più branche arteriose,

ostruendole completamente o parzialmente. Il coagulo, staccandosi dalla vena e giungendo a livello polmonare, prende il nome di embolo. Se ne deduce che queste due manifestazioni cliniche sono strettamente correlate tra loro; l'EP è una complicanza della TVP, e la prevenzione della trombosi venosa profonda corrisponde alla prevenzione dell'embolia polmonare.

Le vene sistemiche principalmente coinvolte in questa patologia sono quelle profonde degli arti inferiori (90%) e l'ostruzione si localizza al di sopra di tale livello (TVP prossimale), coinvolgendo la vena poplitea, femorale, comune e iliaca, o sotto tale livello, nelle vene profonde del polpaccio (TVP distale o isolata); difficilmente sono coinvolte le vene degli arti superiori (10%). La trombosi venosa profonda prossimale ha un'alta incidenza di embolia polmonare.

Un intervento chirurgico aumenta il rischio di TEV perché a livello venoso determina una dilatazione e riduce il flusso ematico, creando una situazione di stasi. In questa situazione può esserci uno stiramento dell'endotelio con una lacerazione della tunica intima. Queste lesioni e la presenza di stasi venosa attivano le piastrine, i fattori della coagulazione ed altri prodotti trombogenici dei tessuti lesi, formando dei coaguli che aderiscono alle pareti vasali come normale processo di guarigione. L'immobilizzazione non permette, inoltre, di usare la pompa meccanica naturale dei nostri muscoli per garantire un buon ritorno venoso del sangue, con la conseguente stasi venosa. I rischi connessi a questi due momenti, l'intervento e la successiva immobilizzazione, sono assolutamente da tenere in considerazione da parte di tutti gli operatori sanitari.

Fattori di rischio acquisiti e genetici: il rischio di sviluppo di trombosi venose profonde ed eventuale embolia polmonare è associato ad un ampio range di fattori acquisiti o genetici della persona. La conoscenza di elementi predisponenti è necessaria all'infermiere e al medico per inquadrare il paziente al momento del ricovero in ospedale, al fine di attuare un percorso clinico assistenziale individualizzato e una serie di procedure organizzate e mirate per la prevenzione del rischio di TEV. I fattori di rischio sono:

- allettamento prolungato (l'allettamento maggiore di tre giorni aumenta il rischio di circa dieci volte);
- ridotta mobilità (ridotto uso delle pompe muscolari. L'immobilità aumenta il rischio di dieci volte);
- età (il rischio di trombosi venosa profonda aumenta con l'età. I pazienti anziani sono più a rischio);
- obesità (una serie di conseguenze a cascata dovute all'obesità possono portare la persona al ricovero e a una possibile ridotta mobilità. Il rischio aumenta di circa tre volte);
- interventi chirurgici, specie ortopedici, addominali, ginecologici, urologici;
- traumi (fratture soprattutto agli arti inferiori, gravi contusioni, politraumi, applicazione di apparecchi gestati agli arti inferiori);
- vene varicose (aumentano il rischio essendoci una predisposizione);
- precedente TVP o EP (la chirurgia aumenta il rischio di recidiva del 5%);
- malattie in fase acuta (shock, pazienti defedati obbligati a stare a letto);
- stati infiammatori e processi infet-

tivi acuti (sepsi, malattie intestinali infiammatorie);

- insufficienza cardiaca (cardiopatia, scompenso, infarto miocardico, pace maker, defibrillatori intracardiaci);
- malattie polmonari croniche (polmoniti, bpc);
- ictus (causano paralisi o paresi che portano ad allettamento e alterazione della coagulazione);
- cancro in fase avanzata o terapia per il cancro (più del 5% dei pazienti con cancro presentano un episodio di tromboembolismo, nei casi di tumori dell'apparato gastrointestinale, tumore della mammella, dell'utero e della prostata, tumori dell'apparato urologico e tumore del polmone. Il rischio aumenta circa sette volte in caso di neoplasia maligna);
- fumo (a lungo andare si ha un ispessimento delle vene);
- gravidanza e post parto;
- uso prolungato di estrogeni (uso di contraccettivi orali o di terapia ormonale sostitutiva in post menopausa, in particolare in donne che presentano una predisposizione genetica a sviluppare un quadro di trombosi venosa profonda. È stato dimostrato che i contraccettivi orali di terza generazione determinano un aumento del rischio di TEV di circa due volte rispetto agli altri contraccettivi orali. Gli estrogeni causano uno sfianamento della muscolatura liscia);
- alterazione dei fattori della coagulazione (carena o mutazione dei fattori della coagulazione, con possibili cause di trombofilia);
- malattie del sangue e malattie del collagene;
- catetere venoso centrale (per la sola trombosi venosa profonda dell'arto superiore, inferiore se C.V.C. introdotto in vena femorale);
- professione (stazione eretta prolungata, vicino a fonti di calore) e recenti lunghi viaggi aerei.

Più fattori di rischio sono presenti nel paziente, più si incrementa il rischio di insorgenza della malattia. In aggiunta a questi fattori, se presenti, l'intervento chirurgico effettuato e l'immobilizzazione prolungata aumentano notevolmente il rischio di sviluppare la malattia.

Segni e sintomi di TVP ed EP che l'infermiere deve saper riconoscere

L'infermiere e il medico dovranno osservare attentamente durante il ricovero del paziente tutti i segni e sintomi, considerando sempre il rischio del paziente, che possono insorgere in caso di TVP. In caso di TVP agli arti inferiori non è semplice fare una diagnosi clinica perché i segni e i sintomi non sempre sono facili da rilevare; inoltre la diagnosi clinica è anche strettamente dipendente dall'estensione del trombo, da quanto è occlusa la vena e da diagnosi di patologie differenziali alternative; studi clinici hanno rilevato statisticamente che il 25% dei soggetti presenta segni e sintomi evidenti, mentre per il 75% la sintomatologia è asintomatica. Ciò spiega come il medico e l'infermiere possano non accorgersi dell'esordio della malattia in assenza di segni evidenti e come quindi ci si possa trovare di fronte a una situazione clinica di TEV senza aver riscontrato precedenti di sola TVP.

I segni e sintomi più rappresentativi che si possono presentare sono i seguenti:

edema franco dell'arto con aumento della circonferenza dell'arto stesso (coscia o gamba), arrossamento e aumento della temperatura cutanea locale, dolore spontaneo o dolore che insorge spontaneamente alle manovre di flessione o compressione delle masse muscolari (segno di Homans e Bauer), dolore al polpaccio, al cavo popliteo o alla pianta del piede, crampi, sviluppo di circoli collaterali superficiali (circoli venosi sottocutanei) e, raramente, phlegmasia alba dolens e phlegmasia cerulea dolens (pallore dovuto a un vasospasmo arterioso con conseguente diminuzione della temperatura dell'arto e successiva cianosi marcata).

Di norma più il trombo è prossimale e più intensi saranno i sintomi e segni fisici. La trombosi venosa può anche esordire con un'iperpiressia d'origine sconosciuta o con i sintomi dell'embolia polmonare, in assenza di sintomi evidenti a livello dell'arto.

L'EP è una condizione clinica potenzialmente fatale, caratterizzata da una presentazione clinica variabile, sicché non vi sono segni o sintomi che possano essere considerati specifici per questa patologia. Ciononostante, la valutazione clinica del paziente con sospetta embolia polmonare, specie quando siano presenti eventuali fattori di rischio, deve essere accurata e critica, perché rimane il principale elemento guida nell'iter diagnostico. Va aggiunto che la diagnosi medica è spesso difficile da formulare.

Come per la trombosi venosa, anche per l'EP i segni e sintomi, se presenti, sono strettamente correlati al grado di ostruzione del letto vascolare polmonare. Piccole tromboembolie possono essere asintomatiche; comunque, in caso di occlusione vascolare parziale fino al 50%, il paziente può presentare: polipnea, tachicardia e ipotensione, febbre e sudorazione, nausea e vomito, tosse con escreato ematico (emottisi), sensazione di costrizione toracica e dolore toracico.

Se l'occlusione vascolare polmonare supera il 50%, oltre ai segni e sintomi citati si avrà cianosi, dispnea, dolore retrosternale, compromissione cardiaca con successivo shock cardiogeno e sincope del paziente. Con un quadro di ostruzione vascolare totale si avrà, nell'arco di qualche minuto, la morte del paziente.

Nello schema sottostante vi è una classificazione dei rischi post operatori di tromboembolia venosa, che sono quelli indicati dal documento di consenso del gruppo britannico THRIFT (*Thromboembolic Risk Factors*), in base ai fattori di rischio e al tipo di intervento chirurgico, per lo sviluppo di tromboembolia venosa in ospedale. La classificazione del rischio di TEV post operatoria è data dall'interazione tra il livello di rischio oggettivo, legato alla specifica condizione clinica chirurgica, e alle condizioni individuali del soggetto che aumentano il rischio. Il rischio è anche incentivato dall'anestesia, dalla durata dell'intervento e dal grado di idratazione del paziente.

Classificazione del rischio di tromboembolia venosa post operatoria secondo il THRIFT:

- **Rischio Basso:** Soggetti sottoposti a intervento di chirurgia minore (<30 minuti), con nessun fattore di rischio a parte l'età. Soggetti sottoposti a intervento di chirurgia maggiore (>30

minuti), con meno di 40 anni e nessun altro fattore di rischio. Soggetti con trauma minore o malattie mediche.

- **Rischio Moderato:** Soggetti sottoposti a intervento maggiore di chirurgia generale, oppure di ambito urologico, ginecologico, cardiotoracico, vascolare o neurochirurgico, con almeno 40 anni o altri fattori di rischio. Soggetti con una patologia medica maggiore, malattie cardiache o polmonari, tumore, malattie infiammatorie intestinali. Soggetti con un trauma maggiore o ustioni. Soggetti con una pregressa trombosi venosa profonda, embolia polmonare o trombofilia sottoposti a intervento di chirurgia minore, oppure con trauma o malattia minore.

- **Rischio Alto:** Soggetti con fratture o sottoposti a intervento di chirurgia ortopedica maggiore di pelvi, anca o arto inferiore. Soggetti sottoposti a intervento di chirurgia maggiore pelvica addominale per tumore. Soggetti con una pregressa trombosi venosa profonda polmonare o trombofilia sottoposti a intervento di chirurgia maggiore, oppure con trauma o malattia maggiore. Soggetti con una paralisi dell'arto inferiore, come emiplegia o paraplegia. Soggetti con un'amputazione maggiore dell'arto inferiore.

Il rischio di sviluppare una TEV post operatoria, senza alcuna profilassi, è del 25-30% nei pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia generale, mentre è fino al 70% in quelli sottoposti a interventi chirurgici ortopedici (soprattutto chirurgia protesica di anca e di ginocchio). Tutti i fattori di rischio elencati, legati ad intervento operatorio e immobilità, sono i punti chiave da tenere in considerazione per prevenire la tromboembolia venosa post operatoria.

PREVENZIONE DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO POST OPERATORIO:

Considerando l'elevato rischio di sviluppare eventi tromboembolici post operatori, impostare una prevenzione corretta e mirata alla persona che deve essere sottoposta ad intervento chirurgico risulta essere l'elemento essenziale per evitare l'insorgenza di questa malattia. Senza prevenzione e profilassi, il rischio di sviluppare patologie tromboemboliche aumenta del 25-30% nella chirurgia generale e fino al 70% nella chirurgia ortopedica. Al momento del ricovero, il medico, nella fase anamnestica, deve raccogliere più notizie cliniche possibili, mentre l'infermiere, nella fase dell'accertamento del processo di assistenza infermieristica, dovrà raccogliere dati utili e, con il medico, inquadrare il paziente al rischio di tromboembolia venosa post operatoria a cui potenzialmente potrebbe andare incontro; dovranno osservare e valutare il paziente al momento dell'ingresso in ospedale, raccogliendo informazioni dall'utente stesso e da altre fonti (parenti, accompagnatori, recenti documentazioni mediche ecc.). In collaborazione con tutte le figure sanitarie, in base alle condizioni generali della persona, alla presenza di eventuali fattori di rischio visti precedentemente, alle condizioni cliniche e all'intervento che dovrà subire, si individuerà il grado di rischio di sviluppare una TEV. Definito il rischio di appartenenza (basso, moderato o alto), in maniera multidisciplinare si procederà all'utilizzo delle misure preventive del caso, da

utilizzare in tutta la fase perioperatoria, iniziando già da prima dell'intervento. In ogni fase preventiva, è assolutamente necessario favorire la compliance del paziente, con un coinvolgimento anche dei familiari. Le misure preventive sono farmacologiche e meccaniche: quando usarle, come usarle e in quale dose sono tutte decisioni che spettano al medico. L'*American College of Chest Physicians* (ACCP), la più antica Società Scientifica che si occupa di patologia toracica, ha prodotto nel 2004 delle linee guida sulla terapia trombolitica raccomandando comportamenti clinici e assistenziali con mezzi di prevenzione sia meccanici che farmacologici ed è a questa linea guida che si farà riferimento. L'infermiere nell'uso di questi metodi preventivi dovrà, se possibile, educare e responsabilizzare in maniera semplice e comprensibile il paziente informandolo costantemente sulle caratteristiche principali della malattia, sui trattamenti profilattici prescritti e sulla loro importanza, sulla prevenzione, ottenendo la sua massima collaborazione. Anche i familiari dovranno essere coinvolti nell'equipe sanitaria. L'infermiere dovrà essere scrupoloso nell'osservazione e rilevazione delle possibili complicanze che potranno insorgere nella pratica di queste prescrizioni mediche e, durante il percorso clinico assistenziale, valuterà ogni volta i suoi interventi, informando il paziente, e avendo cura che gli obiettivi prefissati vengano raggiunti. I mezzi preventivi raccomandati dall'ACCP possono essere usati da soli o insieme, in grado al rischio post operatorio.

Profilassi farmacologica: lo scopo farmacologico è quello di diminuire la capacità coagulativa del sangue, rendendolo quindi più "fluid". La profilassi farmacologica consta nell'uso di anticoagulanti, come eparine, ed, eventualmente, anticoagulanti orali. Le eparine potenziano l'azione delle sostanze anticoagulanti dell'organismo umano; quelle impiegate nella profilassi sono di due tipi: eparina non frazionata (ENF) ed eparina a basso peso molecolare (EBPM o frazionata). L'ENF, prodotta estraendola da alcuni organi animali, è da più tempo usata e può essere somministrata sottocute o per via endovenosa, mentre l'eparina a basso peso molecolare deriva, con metodi chimici o enzimatici, dall'eparina standard (non frazionata) e, nell'ambito di interventi di chirurgia ortopedica, risulta essere più efficace della ENF, per la sua maggiore durata d'azione. Inoltre, l'EBPM, sembra causare minori emorragie ed un minor tasso di piastrinopenia da eparina, una complicanza apparentemente paradossale ma che può essere molto grave; ha il vantaggio di poter essere somministrata sottocute una o due volte al giorno, usando dosi fisse proporzionate al peso corporeo del soggetto, tramite siringhe preimpiegate già pronte all'uso. Lo svantaggio principale delle EBPM è il costo elevato rispetto all'eparina normale ma, consentendo di curare un numero sempre crescente di pazienti al proprio domicilio, senza compromettere l'efficacia della terapia e, soprattutto, la sicurezza del paziente, questo tipo di eparina può garantire un consistente risparmio dei costi sull'ospedalizzazione.

In un soggetto che non abbia fattori di rischio tromboembolici (basso rischio), è raccomandabile la sola mobilizzazione precoce. Le linee guida dell'ACCP raccomandano una profilassi farmacologica nel seguente modo:

- eparina non frazionata (5.000 unità 2 volte al giorno) o eparine a basso peso molecolare (<3.400 unità una volta al giorno) in pazienti ricoverati in chirurgia generale a rischio moderato;
- eparina non frazionata (5.000 unità

2 volte al giorno) o eparine a basso peso molecolare (>3.400 unità al giorno) in pazienti ricoverati in chirurgia generale ad alto rischio. Nei soggetti ad alto rischio, che assumono basse dosi di anticoagulanti, va preso in considerazione l'uso combinato della terapia meccanica con quella farmacologica;

- eparina non frazionata (3 volte al giorno) oppure eparine a basso peso molecolare (>3.400 unità al giorno) insieme alla profilassi meccanica nei pazienti con più fattori di rischio.

Il medico, nell'impostazione della terapia con eparina dovrà tenere conto del peso del paziente, seguendo le indicazioni delle case farmaceutiche del prodotto.

In Europa, l'inizio della profilassi antitrombotica la sera prima dell'intervento costituisce una prassi consolidata ed è consuetudine largamente diffusa proseguire la profilassi con un'unica somministrazione/die. Negli Stati Uniti l'avvio della profilassi è post operatoria e la somministrazione della EBPM avviene 2 volte al giorno. Da studi e metanalisi effettuati, l'avvio della profilassi effettuata 10-12 ore prima dell'intervento comporta una riduzione del rischio di TEV. Le EBPM costituiscono comunque la scelta più pratica ed efficace nella profilassi del TEV nell'intervento.

In caso di pazienti ad alto rischio, la profilassi farmacologica va effettuata almeno per un periodo di 7 giorni e in ogni caso per tutto il periodo dell'immobilizzazione del paziente. In chirurgia ortopedica (artroprotesi d'anca, di ginocchio e intervento per frattura d'anca), con elevato rischio di TEV, è raccomandato di protrarre la profilassi dopo la dimissione, per un periodo di almeno 4/5 settimane. Gli anticoagulanti orali (dicumarolici) impiegano almeno da 48 a 72 ore per sviluppare pienamente il loro effetto e vengono impiegati come ultima risorsa quando il paziente non tollera o è allergico all'eparina. I farmaci usati sono la warfarina sodica oppure l'acenocumarolo e le dosi dipendono dal tempo di protrombina (PT), espresso come INR (*International Normalized Ratio*). La profilassi con anticoagulanti orali, per la sua complessità d'impiego, la latenza dell'effetto anticoagulante e soprattutto per il rischio emorragico, non è diffusamente utilizzata in Europa; in Nord-America, invece, viene usata nella chirurgia ortopedica maggiore, iniziando la sera prima o la sera dopo dell'intervento, agguastando successivamente le dosi in modo da mantenere un valore adeguato di INR. E' generalmente da riservare ai pazienti ad altissimo rischio (pregressa TVP/embolia polmonare, interventi di chirurgia ortopedica maggiore). Alla luce degli studi degli ultimi anni, in chirurgia ortopedica, la TAO (terapia anticoagulante orale) viene attualmente considerata di seconda scelta in alternativa all'eparina a basso peso molecolare (per il forte rischio di sanguinamento). In caso di pazienti già in TAO per altre patologie (es. fibrillazione atriale, protesi valvolari, miocardiopatia dilatativa, precedenti embolie polmonari etc.), la terapia verrà sospesa dal medico almeno tre giorni prima dell'intervento chirurgico sostituendola con l'EBPM, tenendo l'INR scrupolosamente controllato (compatibile con l'intervento). Successivamente all'intervento, si sovrapporrà la ripresa della TAO con la continuazione dell'eparina, fino a che il livello dell'INR non rientrerà in un valore terapeutico per il paziente; raggiunto il valore, il paziente riprenderà la sua terapia anticoagulante come prima dell'intervento.

Profilassi meccanica: i metodi meccanici utilizzati nella prevenzione del TEV post operatorio sono l'esercizio

fisico (metodo naturale), che può essere attivo o passivo, in base alle condizioni del paziente, e l'uso di calze compressive. Per ottenere risultati ed effetti significativi dal punto di vista clinico, è ritenuta indispensabile l'associazione compressione-mobilizzazione.

Si provvederà alla ginnastica passiva, se il paziente non può eseguire gli esercizi, con l'intervento del fisioterapista e dell'infermiere. I pazienti appartenenti ad un gruppo di rischio moderato e che possono alzarsi dovranno essere incoraggiati dagli operatori sanitari alla deambulazione, favorendo e garantendo il cammino (con accurato controllo a potenziali impedimenti che possono limitare la deambulazione). Il fisioterapista spiegherà ai pazienti come eseguire alcuni esercizi necessari alla stimolazione della circolazione sanguigna favorendo il ritorno venoso ed esercizi che portino allo svuotamento delle vene profonde per l'attivazione della muscolatura del polpaccio, prevenendo la stasi ematica. In caso di dolore durante l'attività fisica, il medico provvederà ad una adeguata terapia antidolorifica di aiuto a tal fine e alla crioterapia (terapia antidolorifica con ghiaccio).

L'infermiere, il medico e il fisioterapista devono controllare che gli esercizi vengano eseguiti costantemente e correttamente, incentivando quotidianamente il paziente fino a ottenere la sua collaborazione.

L'altro dispositivo meccanico utilizzato è rappresentato dalle calze elastiche, le quali sfruttano il principio dell'elastocompressione. Per elastocompressione si intende la pressione esercitata su di un arto da materiali di varia estensibilità al fine di prevenire patologie trombotiche degli arti inferiori. Lo scopo è quello di esercitare una pressione diretta al centro e verso l'interno dell'arto, riducendo il calibro venoso dei lembi valvolari e la diminuzione di potenziali reflussi patologici, agendo direttamente sulle cause della tromboembolia, particolarmente sulla stasi venosa e sui difetti della coagulazione che possono portare alla formazione del trombo. Sulla stasi venosa questa pressione diminuisce i liquidi extravasali e aumenta la velocità del flusso venoso. In alcuni casi, in associazione con una terapia farmacologica preventiva, che agirà sulle alterazioni della coagulazione, si ridurrà il rischio di formazione di un trombo.

I meccanismi d'azione dell'elastocompressione sono: azione sul sistema venoso superficiale e profondo, azione sul volume ematico, azione sui tessuti; azione sul comportamento microvascolotissutale e azione sulla formazione di un eventuale trombo venoso.

Sul macrocircolo si ha una diminuzione del calibro delle vene profonde e superficiali e una riduzione dei reflussi. Si ha una riduzione del volume ematico, un miglioramento della pompa muscolare, un incremento della fibrinolisi e dell'elasticità delle pareti venose. Sul microcircolo si ha una riduzione delle dilatazioni capillari con un aumento della velocità di flusso. Si ha inoltre un blocco dell'ispessimento della membrana basale e una riduzione dell'edema interstiziale. La compressione determina una diminuzione della capacità venosa, diminuendo il debito venoso e aumentando il ritorno venoso con un incremento della velocità di flusso ematico.

Le calze elastiche agiscono attraverso una tensione predeterminata della fibra elastica, che crea una tensione decrescente dalla caviglia verso la coscia. In base alla capacità di pressione esercitata, le calze elastiche si distinguono in tre tipi: preventive, terapeutiche e antitrombo.

Le calze a compressione graduata antitrombo, vengono impiegate solo per

la prevenzione del tromboembolismo venoso, esercitando una compressione di 18 mm/Hg massima alla caviglia e sempre minore risalendo lungo l'arto, fino a 8 mm/Hg alla coscia. Si distinguono dalle classificazioni precedenti perché vanno indossate solo a riposo per la profilassi degli episodi tromboembolici post operatori nei soggetti con ridotta mobilità. Vengono costruite utilizzando filati derivati da fibre naturali e artificiali in modo da renderle più leggere ed esteticamente gradevoli (Figure 2 e 3).



Fig. 2: calza antitrombo lunga e a gambaletto.

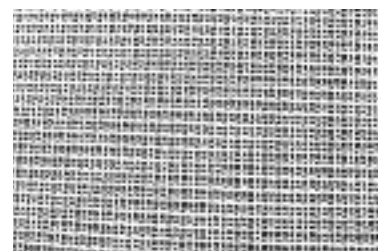


Fig. 3: struttura calza antitrombo.

Possono differenziarsi anche in base alla lunghezza, con calze lunghe, che arrivano alla coscia, e gambaletti, che arrivano sotto il ginocchio, anche se numerosi studi non sono riusciti a dimostrare che i gambaletti consentano di ottenere gli stessi risultati ottenuti con le calze lunghe e viceversa. Quindi la scelta si basa sulla tolleranza, sui costi e sulla conformazione dell'arto (ad es. si userà il gambaletto in soggetti con una circonferenza alla coscia notevole che non regge le calze lunghe).

Per determinare la misura esatta adatta al paziente, il medico deve prendere solo due circonferenze espresse in centimetri, quella della caviglia sopra il malleolo e quella della coscia e, comunque, seguendo le indicazioni del produttore. Questo momento è importante perché la taglia deve essere corretta. Le misure rilevate devono essere annotate nella documentazione (cartella clinica e cartella infermieristica) del paziente, per avere un riferimento. E' bene che la misura degli arti inferiori sia eseguita regolarmente, perché, in caso di edema, la circonferenza dell'arto aumenta, e la compressione diverrebbe troppo eccessiva, causando complicanze.

Le calze antitrombo esercitano una pressione dall'esterno sull'arto, con conseguente: riduzione della circonferenza dell'arto, aumento della velocità del flusso ematico nelle vene superficiali e profonde, riduzione della stasi venosa e il rischio di formazioni trombotiche, diminuzione della distensione delle pareti dei vasi, diminuzione del tempo di contatto locale, diminuzione della concentrazione dei fattori della coagulazione e miglioramento della funzionalità delle valvole venose. Importante è sottolineare che le calze elastiche sono un atto terapeutico di grande importanza, e che il loro uso e utilizzo è sotto assoluta prescrizione del medico. Due revisioni sistematiche, per lo studio dell'efficacia delle calze compressive, evidenziate dal *Joanna Briggs Institute* (centro di ricerca australiano il cui obiettivo è far progredire la comprensione e lo sviluppo della pratica basata sulle evidenze nell'assistenza sanitaria), hanno portato ai seguenti risultati: nei pazienti a basso rischio di TEV, le calze antitrombo possono essere utilizzate come unica prevenzione, anche se non vi sono evidenze sull'efficacia; nei pazienti con un rischio moderato sono efficaci nel-

la prevenzione della TEV, mentre nei pazienti con un rischio moderato alto l'efficacia è significativa se utilizzate in associazione con terapia farmacologica antitrombotica. Dagli studi effettuati viene suggerito di indossarle due ore prima dell'intervento fino a una completa motilità del paziente (ancora oggi esistono poche informazioni sul momento più opportuno, nel periodo perioperatorio, per indossarle).

Un altro metodo meccanico è la compressione pneumatica intermittente (CPI), un manico gonfiabile posizionato agli arti inferiori, che esercita pressioni alternate ai muscoli dell'arto, favorendo il ritorno venoso ed evitando la stasi ematica; la compressione intermittente permette la stimolazione della fibrinolisi con la disgregazione degli agglomerati di fibrina. Questo dispositivo può essere usato da solo o in associazione alle calze compressive. La compressione pneumatica intermittente risulta efficace ma è di impiego difficoltoso. L'impiego di un filtro cavale va preso in considerazione nel momento in cui si dovesse procedere ad un intervento chirurgico in urgenza in un paziente con flebotrombosi in atto o in un intervento d'urgenza ortopedico, in cui il paziente è ad alto rischio tromboembolico e con sanguinamento in atto, che controindica l'impiego di farmaci anticoagulanti.

Complicanze farmacologiche e meccaniche: le eparine possono causare delle manifestazioni cliniche sfavorevoli come principalmente l'emorragia, la piastrinopenia e l'ipercaliemia, mentre la terapia anticoagulante orale può dare complicanze emorragiche. Il medico dovrà programmare i controlli dei valori del sangue e tenere in considerazione se il paziente assume, già per altre patologie, degli anticoagulanti. Per le eparine, il medico controllerà con frequenza i valori dei tempi della coagulazione ematica (PTT) e, in caso di emorragia o di rischio, sospenderà il farmaco.

Le EBPM hanno la caratteristica di permettere una previsione accurata dell'effetto anticoagulante e quindi non necessitano di un controllo frequente del PTT. Con l'emocromo, si monitoreranno le piastrine (una riduzione del 50% porta alla sospensione dell'eparina). L'uso dell'eparina può aumentare il livello ematico di potassio che dovrà essere tenuto controllato; in soggetti con danni renali e insufficienza renale (l'eparina è principalmente escreta per via renale), occorrerà stare accorti alla valutazione della dose (emivita prolungata), perché presentano un maggior rischio di sanguinamento.

Per gli anticoagulanti orali la complicanza più temibile è l'emorragia dovuta all'antagonizzazione dell'effetto della vitamina K, fondamentale per la coagulazione. Il dosaggio dell'INR dovrà essere accurato e rientrante nel range di riferimento, calcolando le corrette dosi giornaliere (deciderà il medico l'eventuale sospensione e l'eventuale ripresa).

Vi sono alcuni rischi potenziali dovuti all'uso della calze compressive. Il più importante è il rischio dell'effetto "laccio emostatico", causato da un mal posizionamento, dagli strati arrotondati della calza sull'arto e dalla prolungata posizione seduta con le calze indossate. Ciò porta a una riduzione del flusso ematico, con una riduzione dello stato di ossigenazione del tessuto sottocutaneo. Più a rischio sono i soggetti, per i quali la attenzione sarà dunque maggiore, che hanno patologie arteriose periferiche, insufficienza arteriosa agli arti inferiori o che sono diabetici (pazienti con neuropatia). Le complicanze associate sono la trombosi, l'occlusione arteriosa e la gangrena.

▶ Continua da pagina 15

**L'INFERMIERE
E LA PREVENZIONE DEL TEV**

L'articolo 1 del D.M. 739/94, "Profilo professionale dell'infermiere", recita: "L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria".

L'aspetto preventivo farmacologico: per alcuni interventi chirurgici, la terapia farmacologica proseguirà anche al domicilio. L'infermiere dovrà, in ogni momento, educare il paziente spiegando le motivazioni e il corretto uso dei farmaci, con la giusta posologia, orari, tecniche di somministrazione e controlli routinari prefissati. Importante sarà controllare e insegnare le complicanze che si possono presentare, al fine di intervenire tempestivamente. In base al tipo di paziente, come per la prevenzione meccanica, verranno coinvolti ed educati anche i familiari. L'infermiere, oltre a garantire l'informazione costante e una buona compliance al trattamento farmacologico, dovrà fornire suggerimenti comportamentali sulla tecnica, con spiegazione accurata dell'esecuzione delle eparine pre-riem-pite sottocutanee.

L'aspetto preventivo meccanico: è fondamentale che l'infermiere e tutti gli operatori sanitari siano a conoscenza del corretto uso delle calze compressive. Inoltre nella fase di educazione sanitaria al paziente, è importante spiegare al paziente la loro importanza e la corretta gestione e uso, anche per un proseguimento della cura al domicilio fino alla completa motilità. Tutti questi interventi educativi devono favorire la compliance del paziente, senza rischio di errore. Un gruppo di esperti ha elaborato delle indicazioni, in base alle revisioni sistematiche citate in precedenza, come raccomandazioni di comportamento clinico e di aiuto per la pratica:

- la misura della taglia delle calze deve essere precisa e corretta (deve essere riportata nella documentazione del paziente), seguendo le indicazioni della casa produttrice, con una regolare misurazione degli arti inferiori al fine di evitare le complicanze.
- le calze elastiche vanno indossate appena prima dell'intervento operatorio fino alla completa motilità, come da prescrizione medica;
- nei vari momenti di approccio al paziente va controllato che il posizionamento delle calze sia corretto, controllando anche le posture assunte dal paziente; non devono esserci arrotolamenti e/o posizioni che facciano da laccio emostatico compromettendo il flusso ematico;
- le calze elastiche devono essere rimosse almeno una volta al giorno (è consigliabile averne sempre un altro paio a disposizione) per l'igiene dell'arto e il controllo dello stato della cute, asciugando accuratamente piedi e gambe prima di rimetterle. In questa fase va anche controllato lo stato neurovascolare della cute e la presenza di edema;
- eseguire più controlli dello stato neurovascolare tramite l'apposita area d'ispezione delle calze.

Il tromboembolismo venoso post operatorio rappresenta un problema sanitario importante perché può provocare sia un allontanamento della persona per un certo periodo dalle sue normali abitudini di vita, sia la morte per embolia polmonare.

L'infermiere riveste un ruolo molto importante nella prevenzione della tromboembolia venosa. Con un processo di educazione sanitaria rivolto al paziente ed ai suoi familiari con interventi mirati, nonché dopo aver identificato i

XVI CONGRESSO FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI



PROFESSIONISTI NEL CUORE DEL FUTURO

INFERMIERI.

LA FORZA DI UNA NUOVA CULTURA
PER IL SISTEMA SALUTE

BOLOGNA 22-23-24 MARZO 2012

Palazzo dei Congressi
Piazza della Costituzione

www.ipasvi.it




pazienti a rischio, l'infermiere e il medico sono tenuti a sorvegliarli, al fine di rilevare precocemente sia i segni di tromboembolia venosa profonda che di embolia polmonare. Il mezzo più efficace per prevenire la patologia è la profilassi. Bisognerà quindi innanzitutto favorire e promuovere la mobilitazione del paziente allettato il più precocemente e correttamente possibile, prevenendo così la stasi ematica a livello periferico e incentivando il ritorno venoso, e inoltre impostare un'adeguata terapia farmacologica e meccanica decisa e prescritta dal medico. In modo multidisciplinare andrà spiegato al paziente, in base al rischio, l'assoluta importanza e la corretta gestione e controllo delle calze elastiche, insegnando come e quando indossarle. È bene insistere sull'importanza della terapia meccanica e farmacologica, non-

ché sul suo corretto uso e assunzione. Dovranno essere spiegati l'azione dei farmaci prescritti, il loro dosaggio, le complicanze e la loro sorveglianza, nonché l'interazione con altri farmaci. Infine familiari e pazienti dovranno essere informati sulle complicanze che possono presentarsi, tromboembolia venosa profonda e embolia polmonare, se non viene eseguita una corretta e mirata prevenzione. Si può concludere affermando che, per garantire un'assistenza ottimale che risponda ai bisogni della persona e le consenta di tornare alle medesime condizioni di vita precedenti l'intervento chirurgico, è assolutamente necessario che tutte le figure dell'equipe di cura lavorino in stretta collaborazione, con una interdipendenza dinamica e mettendo a disposizione le proprie conoscenze e competenze al fine di prevenire la patologia in oggetto.

Bibliografia

"Assistenza infermieristica alla persona affetta da embolia polmonare" IPASVI, PROFESSIONE infermiere, edizione n°1 Gennaio/Aprile 2007.

Borrelli F. *et al.*, (2003) Elastocompressione nella prevenzione della tromboembolia venosa profonda (tvp) postoperatoria - disponibile da EVIDENCE-BASED NURSING E PRATICA CLINICA.

Graham Building M., (2001) *BestPractice* - Calze a compressione graduata per la prevenzione delle tromboembolie venose post operatorie - <http://www.joannabriggs.edu.au>.

Mariani F. *et al.*, (2004) Tromboembolismo venoso - Profilassi. Focus sulla terapia compressiva - edizioni Accademia italiana di flebologia e CTG (The Compression Therapy Study Group).

Masini R. *et al.*, (1994) Medicina

Interna, pagg.47-49,53, edizioni McGrawHill.

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

Seeley R.R. *et al.*, (1993) Anatomia & Fisiologia, pagg.595-599, 669, edizioni Sorbona.

"Tromboembolia venosa profonda" - Dossier InFad - Progetto ECCE anno 2, n°27, novembre 2007, <http://aifa.progetto-ecce.it/>.

"Tromboembolia venosa profonda: il sospetto diagnostico" - Dossier (2004), disponibile su http://www.dialogosulfarmaci.it/pdfDB/CO-200401-1_328.pdf.

* *Infermiere Riabilitazione Funzionale/Riabilitazione Generale Geriatrica AOVV Sondrio*