NOTIZIARIO DEL COLLEGIO PROVINCIALE
INFERMIERI PROFESSIONALI,
ASSISTENTI SANITARI, VIGILATRICI D'INFANZIA
DELLA PROVINCIA DI SONDRIO

IPASVI

Parliamone

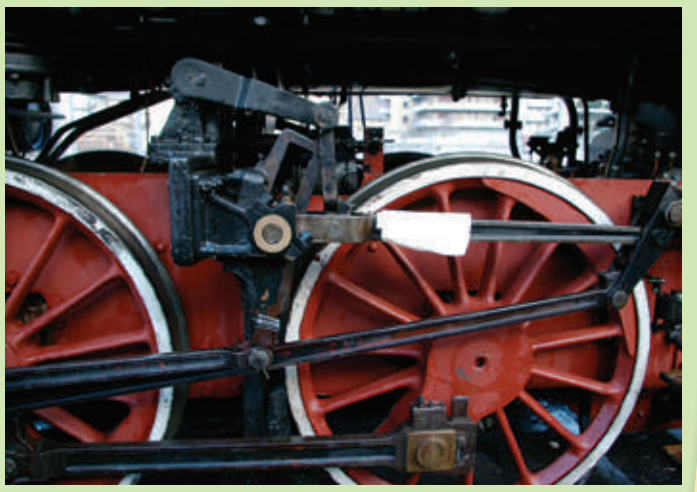
Anno 18 - N. 2 - Luglio 2008 - Poste Italiane S.p.A. Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 2, comma 1, DCB Sondrio

Trimestrale di informazione settoriale - Autorizzazione Tribunale di Sondrio n° 218 del 19-2-1991 - Direttore Responsabile Ercole Andrea Piani
Redazione: Via IV Novembre, 11 - Sondrio - tel. 0342-218427 - fax 0342-517182 - E-mail: info@ipasviso.org - Stampa Lito Polaris (So)

In caso di mancato recapito restituire a:
Centro Postale Operativo Sondrio

Occorrono nuove risorse per un impegno che non può venir meno

di Ercole Andrea Piani



In questo periodo dell'anno, in quest'estate tanto attesa, dove molti sono presi dagli impegni di lavoro, vorrei condividere con voi un problema pressante per la nostra professione.
Il nuovo Codice Deontologico, appena presentato nella prima revisione e nell'attesa di essere approvato nel corso del Congresso Nazionale IPASVI, ha aperto un importante confronto tra gli infermieri, com'è stato evidenziato nell'ultimo appuntamento del Consiglio nazionale.
Confronto avvenuto anche nel nostro convegno del 9 maggio durante il quale ho avuto modo di soffermarmi con voi su importanti aspetti riportati nei 51 articoli del futuro Codice dell'infermiere, Codice che, per chi non lo conosce, sarà presentato nelle prossime pagine dalla collega dottoressa Rosella Baraiolo, impegnata nell'apposita Commissione del Coordinamento regionale, contribuendo con un'approfondita analisi su quest'importante tema.
In questo contesto ben si addice il Convegno "L'infermiere e le problematiche etiche del fine vita " di cui abbiamo ultimato da poco l'ultima edizione; quest'iniziativa, nata dalla determinazione del Consigliere Andrea Viviani che con i Colleghi Giovanna Cazzaniga, Chiara Fognini, Paola Parolini e Bruno Robustelli hanno affrontato gli importanti aspetti dell'assistenza infermieristica quali: il dilemma dell'eutanasia, il testamento biologico e l'accanimento terapeutico, ci riporta ancora all'importanza dell'agire nel rispetto di un comune Codice Deontologico.
Proprio di questo periodo, inoltre, la notizia degli avvenimenti alla clinica Santa Rita di Milano dove l'Ordine ha provveduto con la sospensione cautelare di 14 medici coinvolti in episodi criminali di malasanità, lasciandoci stupiti che tutto possa essere accaduto senza che nessuno sollevasse il problema ancor prima delle indagini della Magistratura.
Ancora, guardando alla realtà della Comunità Europea, dove gli infermieri italiani hanno sollecitato la nascita della Federazione Europea delle Professioni infermieristiche (FEPI) per un costante confronto professionale, costatiamo che i grandi temi bioetici si pongono quotidianamente all'attenzione dei professionisti e come sia diverso l'agire a fronte della ricerca genetica, dell'obiezione di coscienza, dell'eutanasia in considerazione della Nazione d'appartenenza.
Da non dimenticare che al confine della nostra Provincia, nella Confederazione Elvetica, il suicidio assistito è prassi legalmente riconosciuta e tra i professionisti che esercitano presso queste realtà molti sono italiani.
Questo aspetto della vita è di grand'attualità anche dentro i nostri confini, basti l'esempio di Piergiorgio Welby che, scrivendo al Presidente della Repubblica Napolitano, rivendicava il diritto di morire a cui si può contrapporre il pensiero del Dottor Mario Melazzini che combatte in prima linea vicino ai suoi pazienti anch'essi condannati dalla SLA; ed ancora, per rimanere in tema, la sentenza che permette di porre fine all'esistenza di Eluana che se rappresenta per alcuni "un caso" riconosciuto come coma irreversibile con nessuna capacità di recupero intellettuale, per altri è eutanasia. Appare quindi non più procrastinabile il testamento biologico; ma anche in questo caso il Legislatore ha discusso ben undici disegni di legge sui quali ci si è divisi per due legislature.
Come possiamo noi infermieri essere indifferenti a queste continue esperienze umane, caratteristiche del nostro agire quotidiano, se non riconoscendoci nel Codice Deontologico scritto da noi e che oltre a salvaguardare la professione infermieristica ci accomuna?
Tornando alle preoccupazioni, ci attende un periodo non facile ma entusiasmante, la nostra società è in continua e repentina trasformazione e anche il gran dibattito sui problemi etici in continuo divenire.
Il compito che compete al nostro Collegio, non è semplice, certo è che per poter esercitare questo ruolo di vigilanza sulla professione, così fortemente voluto dallo Stato in difesa del diritto ad una risposta sanitaria di qualità per il cittadino utente, c'è bisogno dell'impegno di tutti noi; per questo sarà importante rispondere con la partecipazione per il prossimo rinnovo del Consiglio Direttivo.
Nell'attesa, quindi, delle nuove disponibilità per la vita del nostro Collegio, ringrazio quanti donano il loro contributo per la crescita dell'intero gruppo professionale con il contributo di una presenza costante e disinteressata e a quanti c'incoraggiano con suggerimenti e critiche.
A tutti, dovunque voi siate, qualunque cosa facciate buona estate.

CANDIDATURE

Sta per terminare il mandato triennale del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti del Collegio I.P.A.S.V.I. Si invitano tutti gli interessati a far pervenire in sede la propria candidatura (modulo sottostante) per il triennio 2009/2011, via e-mail all'indirizzo info@ipasviso.org, via fax al n.0342/517182 o consegnato direttamente in segreteria.

SCHEDA CANDIDATO

NOME
DATA E LUOGO DI NASCITA
QUALIFICA
SEDE DI LAVORO
ESPERIENZE PROFESSIONALI E/O FORMATIVE PRINCIPALI

FOTOGRAFIA

SPECIFICARE LA CANDIDATURA

☐ CONSIGLIO DIRETTIVO

☐ COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

La informiamo che, ai sensi dell'art. 13 dei Dlgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche ed integrazioni, i dati e le informazioni richieste verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e sicurezza. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali e informatici . Il conferimento dei dati personali è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti e obblighi. I suoi dati potranno essere comunicati ad altri soggetti , solo per lo svolgimento, delle funzioni inerenti il rinnovo delle cariche nei limiti stabiliti da leggi o regolamenti. Il titolare del trattamento è il Collegio IPASVI di Sondrio, via IV Novembre 11. Il responsabile del trattamento è il presidente pro tempore dell'Ente.
Autorizzazione al trattamento dei dati.
Il sottoscritto come indicato nell'informativa fornita ai sensi del Dlgs n. 196/2003, per l'esecuzione dei servizi erogati dall'Ente autorizza il trattamento dei dati personali.

Data, _____ Firma _____

ASSEMBLEA ANNUALE 2008

di Edo Bagiolo*

Davanti a circa 100 colleghi sono stati discussi e poi approvati i bilanci di chiusura dell'anno 2007 e preventivo per l'anno in corso, bilanci approvati in prima istanza dal Consiglio Direttivo in data 11 marzo e dal Consiglio dei revisori dei conti in data 28 aprile 2008.
I dati, come potete vedere, non si discostano molto da quelli degli anni precedenti; infatti, per una più trasparente interpretazione ho messo a confronto i bilanci degli ultimi tre anni, di seguito vi presento in sintesi i capitoli di spesa più significativi, fermo restando che sono a disposizione per qualsiasi chiarimento o approfondimento.

ANALISI DELLE SPESE

• Per quel che riguarda il materiale di consumo, un investimento importante previsto per l'anno in corso è la nuova fotocopiatrice che sostituisce la precedente che ci ha assistito per 10 anni e per cui sono stati stanziati 2000 euro basandoci sui preventivi che abbiamo richiesto visto la spesa ingente.
Questa uscita si è resa necessaria in quanto negli ultimi 2 anni, come avrà potuto notare chi frequenta i nostri corsi residenziali, abbiamo deciso, anche su richiesta degli iscritti, di fornire le dispense molto apprezzate, ma anche molto costose, quindi per cercare di mantenere i costi di partecipazione inalterati abbiamo dovuto ricorrere all'utilizzo di risorse chiamiamole così interne.
Da questo capite come i corsi d'aggiornamento non vanno solo ad incidere sul capitolo di spesa dedicato, ma anche come indirettamente influenzano altre uscite, e questo ne è un esempio. Un altro esempio è sicuramente il costo del personale, basti pensare a quante ore sono dedicate alle iscrizioni e alla preparazione del materiale per i partecipanti. ▸

Le rubriche all'interno

NOTIZIE DAL COLLEGIO pag. 2
REVISIONE CODICE DEONTOLOGICO pag. 4
PROFESSIONE INFERMIERE pag. 6
PAGINA DELL'ANZIANO pag. 8
INFERMIERI DI AREA CRITICA pag. 11
CORSI E CONVEGNI pag. 15

• Un'altra voce importante tra le uscite è il nostro giornale; per "Parliamone" a fronte di un preventivo di spesa di 9.984 €, sono stati spesi 3.621,21 € , purtroppo però i numeri editi nel 2007 sono stati solo 2. Per l'anno corrente il preventivo (1 numero da 16 pagine con tiratura di 2500 copie costa circa 1800 €) si attesta sui 5400 € e prevede quindi l'uscita di 3 numeri.

• Il capitolo sulle uscite "gettoni di presenza consiglieri" ha visto spese per il 2007 pari a 4.165,06 €, in lieve flessione rispetto all'anno precedente.
Approfitto dell'occasione per chiarire da cosa derivano queste spese.
E' previsto un gettone di presenza di 10 € ad ogni consiglio direttivo (la cui cadenza è mensile) e ogni qual volta il consigliere si reca in Collegio per un incontro con gli iscritti, per le riunioni delle varie Commissioni (Segreteria, Aggiornamento, Bilancio, Libera professione, etc.) .
Nel caso le riunioni si dovessero protrarre oltre le 3 ore, il compenso previsto è pari a 50 €; tale compenso compete anche ai consiglieri che mensilmente si recano a Milano per la riunione con il Coordinamento regionale e a Roma per il Consiglio Nazionale.
Per il 2008 si prevede di spendere 5000 €.

• Dei 60 € che ogni iscritto versa nelle nostre casse 9,33 € finiscono alla Federazione Nazionale di Roma per un totale di 18.072,21 €, cifra vicina a quella dello scorso anno.
Ritengo utile soffermarmi su questa cifra, e sottolineare come soltanto 1500 € siano destinati al coordinamento regionale; sappiamo invece benissimo come le scelte per la nostra sanità si svolgano a Milano, scelta sottolineata anche dall'ultimo esecutivo, che ha abolito il Ministero della salute e lo ha accorpato a quello per le attività produttive.
Purtroppo siamo ancora in attesa dell'approvazione della legge di riordino delle professioni che speriamo riconosca un ruolo istituzionale al coordinamento regionale che avrà quindi un posto di interlocutore privilegiato all'interno dell'assessorato alla Sanità, ruolo già da tempo ricoperto, ma mai ufficializzato.

• Per l'assistenza legale, a fronte di 2.336,13 € spesi nel 2007 per la pratica di radiazione di un collega (pratica mai perseguita in passato dal nostro collegio nello svolgimento della sua attività di tutela della professione), per l'anno in corso sono stati messi in bilancio 2500 € per un procedimento che porterà un collega davanti alla commissione che poi deciderà la sanzione disciplinare.

• Nel capitolo spese postali e di affrancatura vi è una voce che è molto rilevante; infatti il prossimo autunno vi sarà il rinnovo del consiglio direttivo e sono stati messi a bilancio 1700 € (da sommare agli 800 € previsti per l'ordinaria amministrazione) per la convocazione degli iscritti alle elezioni, come prevede la normativa vigente; una spesa simile a quella sostenuta nella medesima occasione nell'anno 2005.

• 1000 € sono stati stanziati per adeguarci alle norme in campo di sicurezza per i pubblici uffici e riguardano corsi per le 2 impiegate.

• Lo scorso anno si è speso poco per i convegni, soltanto 1.794,88 €, dato in controtendenza rispetto al passato, basta fare un confronto con gli anni precedenti per rendersene conto. Considerate le molte richieste inevase del 2006, la commissione aggiornamento aveva previsto per il 2007 corsi residenziali "sull'insufficienza respiratoria" che però abbiamo fatto fatica a riempire.
Altro progetto pianificato e addirittura cancellato per carenza di iscrizioni è stato il convegno dell'area pediatrica che prevedeva la presenza di 250 iscritti. Come commissione aggiornamento, che qui rappresento in qualità di presidente, i dati di partecipazione del 2007 ci hanno portato a riflettere, e la risposta che abbiamo trovato, confermata anche dai dati dei primi corsi svolti nel 2008, è che i colleghi hanno visto nel 2007 un anno di transizione in cui vi era confusione sulla effettiva necessità di acquisire i crediti ECM e pertanto hanno disertato le occasioni di aggiornamento poste in essere. In questi anni un ruolo sempre più importante lo hanno svolto le Aziende Ospedaliere e l'Azienda Sanitaria Locale, garantendo ai dipendenti la partecipazione a corsi specifici per le varie realtà.

DESCRIZIONE CAPITOLI DI SPESA	PREVENTIVO		CONSUNTIVO			
	SPESA PREVENTIVO 2007	SPESA PREVENTIVO 2008	UTILIZZO DI CASSA ALLA FINE DEL 2007	UTILIZZO DI COMPETENZA ALLA FINE DEL 2007	UTILIZZO DI CASSA ALLA FINE DEL 2006	UTILIZZO DI CASSA ALLA FINE DEL 2005
cancelleria e stampati	850,00	1.100,00	903,07	903,07	753,61	1.020,02
accessori	50,00	2.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
parliamone (ogni num°16 pag 2500 copie)	9.984,00	5.400,00	3.621,21	3.621,21	9.341,17	3.499,54
energia elettrica	525,00	650,00	544,00	544,00	508,00	487,00
spese per azienda gas	950,00	1.100,00	914,00	914,00	937,00	875,00
spese esattoriali	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,78
riparazioni e manutenzioni	1.300,00	1.000,00	1.311,01	1.311,01	1.097,90	827,50
gettoni di presenza consiglieri	6.300,00	5.000,00	4.165,06	4.165,06	6.173,83	3.417,13
spese informatica (consul.prog.)	600,00	700,00	600,00	600,00	548,40	672,00
pulizia	2.000,00	2.160,00	2.070,00	2.070,00	1.980,00	1.908,00
assistenza contabile	4.100,00	4.200,00	4.198,40	4.198,40	4.147,20	3.914,76
contributo federazione ipasvi 1937 (9,33€)	18.034,89	18.072,21	18.034,89	18.034,89	18.314,79	20.432,74
pubblicità	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
assistenza legale	1.300,00	2.500,00	2.336,13	2.336,13	768,00	821,64
spese telefoniche	2.000,00	1.650,00	1.437,46	1.437,46	1.894,10	2.091,27
spese postali e di affrancatura	800,00	2.500,00	799,52	799,52	785,47	2.414,96
assicurazioni	1.030,00	1.030,27	1.029,00	1.029,00	1.028,00	1.026,79
spese di rappresentanza	150,00	150,00	75,00	75,00	0,00	0,00
rimborso spese viaggi	6.750,00	6.000,00	5.016,00	5.016,00	6.670,26	4.290,11
rimborso corsi aggiornamento iscritti	0,00	500,00	0,00	0,00	0,00	0,00
rimborso spese missioni (alb.rist.)	1.000,00	1.000,00	651,65	651,65	979,94	264,55
spese condominiali	520,00	500,00	482,00	482,00	518,18	602,14
spese documentate impreviste	2.100,00	2.600,00	2.287,88	2.287,88	1.878,95	2.776,04
tessere, distintivi, adesivi	0,00	0,00	28,77	28,77	0,00	0,00
corsi aggiorn.consiglieri ed impiegate	556,11	1.000,00	45,30	45,30	1.142,00	337,60
spese per convegni	13.750,00	9.000,00	1.794,88	1.794,88	14.621,74	9.388,31
spese economato	50,00	200,00	0,00	0,00	0,00	0,00
biblioteca	500,00	0,00	0,00	0,00	218,50	29,00
spese per collegi lombardi	1.500,00	1.500,00	452,86	452,86	1.500,00	1.500,00
sgravi per morosita'	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,00
residui passivi esercizi precedenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ritenute irpef professionisti	950,00	1.300,00	1.272,92	1.272,92	973,98	195,65
assistenza a favore degli iscritti	1.000,00	1.000,00	137,70	137,70	0,00	0,00
spese software hardware	400,00	1.000,00	400,00	400,00	285,00	615,60
spese affitto sede	7.250,00	7.419,84	7.332,18	7.332,18	7.190,28	7.052,73
retribuzioni impiegate	26.863,00	25.887,42	27.763,17	27.763,17	26.662,26	18.915,26
irpef dipendenti	2.800,00	1.150,00	0,00	0,00	2.803,50	1.218,99
contributi inps	7.217,00	9.300,00	9.235,00	9.235,00	9.271,00	6.470,00
contributi inail +ctr.sindacali 08141006	150,00	200,00	229,76	229,76	125,05	109,74
inpdap	36,00	40,26	36,96	36,96	11,26	24,08
t.f.r.	2.659,00	3.100,00	3.328,94	3.328,94	2.589,94	1.937,66
contributi inps consiglieri	650,00	800,00	761,30	761,30	631,00	379,00
cives infermieri in protezione civile	1.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ici	160,00	160,00	156,00	156,00	156,26	156,26
irap	3.075,00	3.100,00	2.998,63	2.998,63	3.160,29	1.997,38
tasse sui rifiuti	350,00	350,00	335,64	335,64	335,64	328,32
imposte e tasse	350,00	350,00	152,00	152,00	295,05	140,39
Spese C/C postale	2.100,00	2.100,00	2.053,50	2.053,50	1.971,90	1.936,15
costi di competenza anno precedente	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
totale costi	**133.710,00**	**128.770,00**	**108.991,79**	**108.991,79**	**132.269,45**	**104.081,09**

DESCRIZIONE CAPITOLI DI SPESA	PREVENTIVO		CONSUNTIVO			
	RICAVO PREVENTIVO 2007	RICAVO PREVENTIVO 2008	INCASSI DI CASSA ALLA FINE DEL 2007	INCASSI DI COMPETENZA ALLA FINE DEL 2007	INCASSI DI CASSA ALLA FINE DEL 2006	INCASSI DI CASSA ALLA FINE DEL 2005
rinnovo tessere 1937 (2008)	116.160,00	116.220,00	108.060,00	115.980,00	106.411,28	87.400,00
ricavi non istituzionali (pubblicita')	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
iva su ricavi non istituzionali	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
iva su ricavi non istituzionali - erario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
adesivi, distintivi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
quota prima iscrizione 2008(20) 2007(35)	2.250,00	1.000,00	1.900,00	1.900,00	1.900,00	1.866,24
rimborso spese per convegni	13.750,00	9.000,00	975,00	975,00	16.525,00	13.125,00
rimborsi spese varie	0,00	650,00	612,54	612,54	542,67	244,13
certificati d'iscrizione	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
quote iscrizioni arretrate per reiscrizione	0,00	0,00	297,90	297,90	0,00	0,00
proventi immobiliari	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
iva su proventi immobiliari	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
iva su proventi immobiliari - erario	0	0	0	0	0,00	0,00
sconti, abbuoni, premi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
rendita da deposito titoli	450,00	600,00	599,49	599,49	421,74	300,00
interessi attivi bancari/postali	1.100,00	1.300,00	1.741,74	1.741,74	1.016,03	694,93
totale ricavi	**133.710,00**	**128.770,00**	**114.186,67**	**122.106,67**	**126.816,72**	**103.630,30**

Festa infermieri 2008

Riceviamo da tre Colleghe la seguente lettera che riteniamo doveroso divulgare (n.d.R.)

Alla cortese attenzione
del Presidente Collegio IPASVI Sondrio
Ercole Andrea Piani

Serata iniziata con il piacere di stare insieme almeno una volta all'anno, con un attimo in più di tranquillità, scambiandosi vissuti con quel po' di ironia che non guasta mai.
Poi, l'attesa delle fatidiche ed ormai famosce scenette, avvenimenti della nostra realtà professionale, rappresentati in chiave comica con quel po' di pepe, solitamente ben dosato e mai fastidioso.
Quest'anno il triste epilogo nel quale la volgarità e la calunnia hanno prevalso sul comune senso del rispetto che, ognuno di noi è tenuto a mantenere nel confronti del prossimo, chiunque esso sia e qualunque figura rappresenti.
Siamo certamente d'accordo che in democrazia il dissenso pubblico, se espresso in termini e modi che non vanno a ledere la persona interessata, è un diritto acquisito.
Nello specifico il rifermiento riguarda l'ultima scenetta rappresentata, dove le allusioni palesemente esternate nei confronti di una professionista operante nella nostra azienda e peraltro appartenente alla nostra categoria, sono state dal nostro punto di vista grossolane, offensive ed hanno fortemente deluso una parte di noi presenti creando un forte senso di disagio.
Lascia inoltre perplessi l'atteggiamento passivo da parte dei rappresentanti del Collegio, che a nostro parere, avrebbero dovuto svolgere funzione di controllo critico prima della rappresentazione stessa.
In conclusione, questo è il modesto giudizio che ci siamo sentite di esprimere attraverso questa lettera che vuole semplicmente dare voce a chi pensa che le problematiche possano essere discusse e/o rappresentate in modo più "leggero" ma nello stesso tempo ironico ed esaustivo.

Risposta alle colleghe e per conoscenza iscritti Ipasvi

Sondrio, 12 giugno 2008
Prot. 2008/926/I.14-tb
OGGETTO: Festa infermieri 2008.

Gentili Colleghe, in risposta alla vostra lettera del 27 maggio 2008 vorrei fare alcune considerazioni.
La festa degli infermieri del 9 maggio 2008 rappresenta un'occasione per trovarsi, incontrarsi e trascorrere una serata all'insegna dell'allegria e del divertimento. All'interno della stessa trovano spazio quelle che voi stesse definite le fatidiche e famose scenette, scritte, pensate ed interpretate con un unico scopo ed una unica finalità: ridere, far ridere e divertire i presenti, mettendo in scena situazioni e vicende, a volte mutuate dalla realtà, altre volte completamente immaginarie, con spirito satirico ed ironico. Prendere in giro e sapersi prendere in giro è un'arte: la finezza della stessa sta nel far sorridere anche chi è obiettivo della satira. Uso il termine obiettivo perché quella satira non si pone come scopo quello di offendere, sminuire, irritare, colpire, calunniare nessuno: altrimenti parlerei di bersaglio, di un qualcosa da colpire ed affondare. Questo è un qualcosa che non è mai stato nelle nostre intenzioni.
Le modalità della satira sono diverse: per quanto si parta con i migliori propositi non sempre si riesce a centrare l'obiettivo.
La satira, a volte, è irriverente e pungente: deve pizzicare, non ferire, toccare in punta di fioretto, non colpire. Fermo restando che, chi ha ascoltato o si è sentito chiamato in causa, può anche non aver gradito, può essersi sentito bersaglio e non obiettivo, può essersi sentito offeso e calunniato e non preso ironicamente in giro, può essersi sentito sminuito ed a disagio e non divertito. Le parole feriscono più delle spade: il rispetto per l'altro e per le altrui sensibilità è un punto fermo che nessuno ha il diritto di oltrepassare allegramente, fosse anche solo per strappare una risata al pubblico o un applauso. Quindi, chiunque si sia sentito chiamato in causa, urtato nella propria sensibilità, sminuito o, peggio ancora, attaccato o, chi, assistendo a quella rappresentazione si sia sentito deluso, amareggiato, offeso e ritenga che quella satira non abbia pizzicato ma punto e non si sia mantenuta su livelli di finezza e di rispetto, ma sia trascesa a livelli grossolani, ha le nostre sentite e sincere scuse. Rispettiamo le opinioni di tutti, anche e soprattutto di chi critica il nostro agire: è facile ascoltare chi ti elogia, ma è solo la critica costruttiva che permette di migliorarsi. Ognuno di noi ha la propria sensibilità: colpire in maniera pesante questa sensibilità non giova a nessuno ed è un qualcosa che non rientra nelle nostre intenzioni.
Unitamente al Consiglio Direttivo ringrazio per la segnalazione che dimostra di ritenere il Collegio un interlocutore con cui potersi confrontare e chiarirsi su tutto ciò che ci coinvolge come professionisti, da parte nostra è servito per una proficua analisi e mi auguro che questa collaborazione prosegua per migliorare ancor più il nostro operato a salvaguardia della professione.

Il Presidente
Ercole Andrea PIANI

Un ambito, quello della formazione, che le RSA fanno ancora fatica a presidiare, soprattutto a fronte di risorse umane ed economiche sempre più risicate e che il collegio ha sempre cercato di privilegiare assieme ai liberi professionisti svolgendo corsi ad hoc e collaborando con loro nella pianificazione.
Oltre al corso svolto in concomitanza con l'assemblea annuale che ha presentato la prima bozza del nuovo codice deontologico che sarà approvato nella primavera del 2009, nel 2008 le attività prevedono corsi residenziali sull'eutanasia che sino ad ora hanno ottenuto un'ottima partecipazione e un alto livello di gradimento. Nel mese di ottobre/novembre verrà invece organizzato un corso da 250 posti sulla responsabilità professionale con la presenza di giuristi di riconosciuta esperienza nel nostro settore, che daranno delle risposte a tutti i quesiti che possono sorgere durante l'esercizio della nostra professione.
Per tutti questi progetti sono stati destinati 9000 €, cifra importante e in linea con quanto speso negli anni scorsi.

• Nel capitolo spese software hardware a fronte di spese per il 2007 pari a circa 400 € abbiamo investito per l'anno in corso 1000 €, destinati all'acquisto di un nuovo computer portatile da utilizzare durante i convegni, in sostituzione del precedente. Questa spesa ribadisce ancora una volta come il collegio investa tanto sull'aggiornamento dei propri iscritti.

• Altra voce importante tra le uscite sono le spese per l'affitto della sede, pari a 7.332,18 € nel 2007 a fronte di un preventivo di 7.419,84 € per il 2008; trattasi di una cifra importante che ci ha portato spesso a valutare la possibilità di accedere con lo stesso esborso ad un mutuo che consentirebbe ai nostri successori, tra 20/25 anni, di avere una sede di proprietà con parcheggi a disposizione anche se probabilmente non in una posizione così centrale della città; rimandiamo la scelta al prossimo esecutivo.

• Le spese per il personale vedete come sono rimaste costanti, intorno ai 40000 € negli ultimi 2 anni e vedete come la cifra prevista da questo dato poco si discosti.
Vedete come i costi per il 2007, a fronte di una previsione di **133.710,00 €,** si sono attestati su **108.991,79 €,** quasi 25000 € di mancati investimenti di cui la metà nel campo dell'aggiornamento dove non si prevedeva un bisogno d'aggiornamento così basso da parte degli iscritti, basandoci anche sui dati degli anni precedenti e soprattutto sulle liste d'attesa per i corsi residenziali del 2006 riproposti quindi anche nel 2007 con bassa affluenza.
Per il 2008 abbiamo previsto spese per **128.770,00** € in linea con quanto sostenuto negli anni scorsi.

ANALISI DEI RICAVI

• Al 1 gennaio 2008 gli iscritti al nostro collegio sono 1937 per cui si prevedono ricavi per 116.220,00 €; allo stesso periodo dell'anno precedente gli iscritti risultavano 1933 per cui si prevedevano ricavi per 115.980,00 €. Di questi sono entrati nelle nostre casse al 31/12/2007 solo 108.060,00 €, un ammanco pari a 132 quote, per cui sono già state emesse cartelle esattoriali per la riscossione.
Un problema quello delle quote arretrate che interessa tutti i Collegi d'Italia e che per noi, considerando anche gli anni passati, si traduce in un ammanco di poco meno di 10000 €, cifra considerevole e pari agli investimenti di un anno nel campo della formazione.

• Come vedete il 2007 ha rappresentato un boom per le iscrizioni, sono stati ben 35 i nuovi iscritti, che non provengono tutti dal corso di laurea; sono infatti una decina i colleghi che su richiesta del datore di lavoro hanno dovuto iscriversi al collegio per poter continuare ad esercitare la professione.
Per il 2008 prevediamo una ventina di nuovi iscrizioni che porteranno nelle nostre casse circa 1000 €

• Attraverso le quote di iscrizione ai convegni e attraverso le sovvenzioni che arriveranno da vari enti o associazioni, per il 2008 prevediamo di incassare circa 9000 € che verranno investiti in toto nell'aggiornamento. Come già ribadito, sarà nostro impegno mantenere i costi di partecipazione ai nostri convegni sugli attuali 25/30 € vista anche la situazione economica che ogni famiglia stà vivendo; lavoreremo per pianificare convegni specifici, anche su richieste degli iscritti, puntando tanto sul corso itinerante con 50 partecipanti che ci consente di essere in mezzo alla gente e quindi di conoscersi meglio e di esaltare così le capacità di tanti colleghi che troppo spesso non vengono messe a disposizione degli altri.
Questo tipo di corsi ci consente sia di ottenere un maggior numero di crediti ECM, sia di contenere i costi nonostante il maggiore impegno in termini di tempo per i consiglieri impegnati nell'organizzazione.

Abbiamo chiuso il 2007 con **114.186,67** € nelle nostre casse, contiamo di riscattare le quote inevase dell'anno pari a 7920 € per chiudere quindi il bilancio con ricavi per **122.106,67 €.**
Per il 2008 abbiamo previsto di ottenere il pareggio di bilancio a **128.770,00** €

CONCLUSIONI

Considerando i ricavi di cassa e le spese sostenute nel 2007, abbiamo chiuso il bilancio con un attivo effettivo di **5.194,88** € che il consiglio direttivo prima, i revisori dei conti e l'assemblea in ultima istanza, hanno deciso all'unanimità di investire in questi progetti:

1. Acquisto nuovo software di contabilità che consenta una maggior trasparenza nella gestione delle risorse
2. Contributo di 1000 €, vale a dire poco meno di 2 euro a iscritto, per un'associazione che sostiene una collega malata che dovrà effettuare un intervento molto costoso oltre oceano, alla quale vanno ovviamente i nostri migliori auguri.

** Tesoriere Collegio I.P.A.S.V.I. Sondrio*

Cara Tommy,

siamo qui a scriverti dalla "nostra" medicheria.
Qui tutto ci parla di te: la foto che ci sorride, la tua grafia sulla lavagna che nessuno osa cancellare, l'orologio appeso al muro a scandire il tempo che passa... e tu non sei più qui con noi.
Se, tu, fossi qui in questo momento siamo certi che ci fermeresti la mano e ci diresti di lasciar perdere, di non scrivere niente.
Guarda, non vogliamo tessere delle lodi postume, ma noi abbiamo bisogno di sentirti ancora vicina, abbiamo bisogno di dirti che ti abbiamo apprezzata, con i tuoi pregi ed i tuoi difetti, semplicemente perché eri autentica. Abbiamo bisogno di dirti che ci manchi.
Che tuffo al cuore rileggere ora il tuo biglietto di Natale o aprire la porta del tuo studio... e che dire di quando ti cercano al telefono ed insistono perché vogliono parlare con te... ma tu non ci sei. Te ne sei andata in sordina, senza clamore, senza far troppo rumore e a noi restano i rimpianti. Chissà se avremmo potuto fare qualcosa in più per te, chissà se avremmo potuto starti più vicino o se qualche volta siamo stati invadenti. Scusaci.
Hai vissuto la tua malattia con tanto pudore e non ti piaceva farti "vedere" malata. Ci restano tanti ricordi, i tuoi insegnamenti, il tuo attacamento al lavoro. Rammenta… faticavi quasi a finire le ferie e noi elemosinavamo un po' delle tue tante ore di straordinario che non recuperavi mai: ne siamo certi, non starai ferma neanche adesso, tutta presa a fare il nostro angelo custode.
Tommy grazie! Cercheremo di continuare a lavorare come tu volevi, a voler bene a questo reparto che tu amavi tanto: sarà il nostro modo di ricordarti ogni giorno.
Vedrai che sapremo collaborare ed apprezzare anche chi verrà a ricoprire il tuo ruolo, ma sappi: nel nostro cuore tu avrai sempre un posto riservato!
Ciao.

Il personale della Riabilitazione Cardiologica

... Dagli studenti del corso di laurea in infermieristica…

In ricordo di un amico

Il terzo anno… E ti senti soddisfatto, "arrivato", quasi giunto alla sospirata meta dopo tre anni impegnativi: la laurea. Un anno accademico importante quindi, in cui frequenti le ultime sedi di tirocinio, e più procedi nel tuo cammino formativo e più aumenta la soddisfazione nel constatare come tu e i tuoi futuri colleghi stiate trovando la consapevolezza di ciò che un domani vorreste diventare….
E un giorno, inaspettatamente, come un fulmine a ciel sereno, accade qualcosa che non vorresti accadesse mai. La notizia di Roberto ci è arrivata così. Chi da un amico, chi da un conoscente, chi in prima persona, siamo venuti a conoscenza della tragedia che, sfortunatamente, ha messo fine alla sua vita.
Attoniti e sgomenti, colpiti da questo profondo dolore, ci siamo uniti vicendevolmente, oltre che per sostenerci l'un l'altro, per dimostrare la nostra solidarietà alla famiglia ed alla sua ragazza, anch'ella nostra amica oltre che collega.
Cupi pensieri, sentimenti inespressi, interrogativi senza risposta giacciono ancora dentro di noi, perché in un attimo lui se n'è andato; infatti in un istante la sua vita si è dissolta e, come un dolce profumo, ha inebriato per poi svanire nell'aria. Il pensiero che echeggia nelle menti di tutti noi è: "perchè?...perchè lui?"; ma, di fronte a una tristezza tanto incolmabile, non ci resta che ricordarlo così come lui avrebbe voluto.
Nel corso di questi anni accademici trascorsi insieme, Roberto si è dimostrato uno studente un po' ribelle ma tenace e determinato a realizzare il sogno di diventare un infermiere (e non un infermiere qualunque ma un ottimo infermiere!).
Nonostante il tempo trascorso insieme sia stato relativamente breve, le caratteristiche che più ci hanno colpiti di lui riguardano il suo modo d'essere: umile, disponibile con tutti e, al contempo, deciso, solare e sorridente. Questo era il nostro Roberto.
La sua scomparsa ci lascia un grande vuoto dentro che non potremo mai colmare, tuttavia, non è giusto dire che con lui se ne va una parte di noi, ma piuttosto, che in ognuno di noi vivrà sempre una parte di lui.
Ciao Roby! Sappiamo che ci proteggi da lassù e che come sempre sorridi…

Con la scusa che tanto le parole non servono… perché in realtà tutti noi siamo rimasti senza… ti diciamo semplicemente: …ciao "Belezza"… come tu dicevi a noi... Ciao Paoletta, ci mancherai!

I tuoi colleghi della Rianimazione di Sondalo

La morte non è nulla
sono solamente passato dall'altra parte.
Sono ancora io e tu sei tu.
Quello che eravamo l'uno per l'altro lo siamo ancora.
chiamami come mi hai sempre chiamato,
parlami come hai sempre fatto,
non usare un tono diverso
quando fai il mio nome.
Non assumere un'aria solenne o triste,
continua a ridere di ciò che ci faceva ridere insieme
prega, sorridi, pensa a me, prega con me.
Parlate di me in casa
come è sempre stato fatto
senza enfasi o traccia d'ombra.
Che la vita significhi ancora per te
quello che ha sempre significato,
che resti sempre quello che è sempre stata.
Il filo non si è spezzato.
Pensi che io sia uscito dalla tua vita
perché non mi vedi più?
Non sono lontano,
sono solamente dall'altra parte del cammino.
Vedi, tutto è bene.
Tu ritroverai il mio cuore,
ne risentirai la dolcezza.
Asciuga le lacrime
e se mi ami
Non piangere.

Sant'Agostino

Collegi lombardi - gruppo di revisione critica codice deontologico dell'infermiere 12 febbraio 2008

Dr.ssa Rosella Baraiolo*

Anche i Collegi IPASVI della Lombardia si sono sentiti investiti dell'invito ad apportare un proprio contributo di analisi e riflessione al testo diffuso il 12 febbraio 2008 del codice di deontologia della professione infermieristica.
Con la partecipazione di almeno due rappresentati di ogni Collegio, il gruppo ha lavorato nel corso dei mesi di aprile e maggio scorsi. Appare qui interessante presentare i punti e gli aspetti che maggiormente hanno catturato l'attenzione e sollecitato il confronto, nella consapevolezza della previsione della legge 42/1999 che attribuisce al codice deontologico la funzione di determinare il campo proprio di attività e responsabilità anche sul piano giuridico.
Intanto si è ritenuto opportuno suggerire una parte introduttiva all'articolato del codice, per favorirne la comprensione e una lettura coerente. È stato quindi proposto un preambolo in cui vengono ribaditi gli elementi fondanti la professione. Si è anche proposto di integrare il testo del codice, che ha valenza pubblica, con ulteriori documenti destinati ai professionisti infermieri tra cui un glossario e degli allegati riportanti casi assistenziali o situazioni esplicative costruiti con l'apporto degli infermieri impegnati in ambito clinico.
Gli articoli sono stati organizzati in capi quali: *premessa, principi etici della professione, l'infermiere e la pratica clinica, l'infermiere e la persona, l'infermiere e i colleghi di lavoro, l'infermiere e i rapporti con le istituzioni*.
Nel merito delle discussioni che si sono sviluppate indubbiamente i riferimenti alla responsabilità sono state particolarmente approfondite. Infatti da una parte gli infermieri si sentono investiti del dovere di garantire il massimo livello di assistenza infermieristica e dall'altra sono consapevoli che la costruzione delle migliori condizioni di esercizio dipende anche dalle scelte e dalle volontà espresse nel sistema sanitario, in cui convivono anche forze contrapposte. Entrare in modo attivo e costruttivo all'interno dei processi decisionali rappresenta un impegno ancora percepito come da demandare ad altri, quando a tutti i livelli gli infermieri sono responsabili dell'assistenza infermieristica.
Ma soprattutto è il confronto con le ineliminabili esigenze di libertà e autodeterminazione degli assistiti che pone l'infermiere nella necessità di domandarsi come rendere concreto e oggettivamente apprezzabile il riconoscere la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e il proprio impegno a tutelarla con assistenza di natura preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa. A fronte del pluralismo di visioni etiche e alle giuste sempre più precise richieste dei cittadini, anche gli infermieri dovranno saper giungere a decisioni clinico-assistenziali differenziate e comunque sostenibili dal punto di vista deontologico.

Il gruppo di lavoro ha trovato nel testo del preambolo dove si afferma che "l'infermiere riconosce che la richiesta di assistenza infermieristica nasce dalla libera scelta della persona di beneficiarne e che ogni individuo ha esigenze in relazione ai propri valori e alle proprie convinzioni personali" un passaggio interpretativo interessante.
Certamente gli aspetti più dibattuti meritano il ricorso alla consulenza etica, tuttavia secondo i partecipanti questa revisione può essere l'occasione per sensibilizzare gli infermieri a riconoscere le implicazioni deontologiche del proprio agire. Non a caso i temie gli articoli su cui ci si è soffermati più intensamente sono stati:

- l'obiezione di coscienza, (articolo 8) con il richiamo inevitabile alla normativa vigente;
- la comunicazione delle informazioni sanitarie, (articolo 28) con tutto quello che riguarda la relazione assistenziale infermiere-assistito oltre che la normativa sulla privacy;
- la collaborazione intraprofessionale (articolo 14 e 22) con i riferimenti alla corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche
- il consenso informato, (articolo 23 e 24) cui si è voluto aggiungere una parte di articolo tratto dal codice deontologico ICN 2005, un riferimento internazionale (reperibile sul sito www.cnai.info) di estremo interesse;
- la sicurezza, (articolo 9 e 29) e la sua ricerca al di là della remora dell'errore;
- la sperimentazione, (articolo15 e 31) in cui sempre più spesso sono coinvolti anche gli infermieri
- l'espressione della volontà da parte dei minori e delle persone vulnerabili, (articolo 32 e 33) e il conseguente sostegno delle iniziative sociali ad esse rivolte;
- la limitazione e la proporzionalità degli interventi, (articolo 35 e 36) accompagnati dall'impegno ad alleviare la sofferenza;
- le dichiarazioni anticipate di trattamento (articolo 37 e 38) dove viene previsto un ruolo attivo da parte del professionista infermiere.

Tutte questioni che appunto appartengono al quotidiano, rispetto alle quali sono state prospettate delle puntualizzazioni o delle modifiche agli articoli del codice. L'auspicio è che servano da guida e da orientamento per l'attività infermieristica, ma anche diano una visione pubblica degli impegni assunti e realizzabili dagli infermieri.
Il documento verrà trasmesso alla Federazione Nazionale dei Collegi nel mese di luglio, e seguirà l'iter di verifica predisposto, affinché nel maggio 2009 si giunga al testo del codice deontologico definitivo. Il lavoro continuerà con la messa a punto dei casi esplicativi, rispetto ai quali ci si attende un contributo di predisposizione e di utilizzazione nei diversi ambiti di esercizio, nella speranza di vedere la deontologia oggetto di discussione tanto quanto gli altri aspetti operativi.

* *Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche Prof. a c. Deontologia*

IL CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE

Prima revisione-12 febbraio 2008

Presentato e discusso dagli Iscritti del Collegio IPASVI di Sondrio il 9 maggio 2008

Sono trascorsi quasi dieci anni dall'emanazione del Codice deontologico dell'infermiere, presentato a Rimini nel 1999 durante la celebrazione del XII Congresso nazionale Ipasvi.
In questi dieci anni profondi sono stati i cambiamenti che hanno coinvolto l'intera società, il mondo della sanità e la professione infermieristica.
Opportuno, quindi, è sembrato al Comitato centrale della Federazione nazionale dei Colleghi Ipasvi il procedere a una verifica e a una revisione del Codice deontologico degli infermieri italiani, strumento di fondamentale importanza ai fini dell'esercizio professionale.
La presidenza e il Comitato centrale invitano, quindi, tutti gli infermieri a dare il proprio contribuito alla riflessione e al dibattito sui principi e sui valori che costituiscono una guida e un punto di riferimento costante all'agire professionale.
Con questo incontro si apre la "stagione del confronto" su un documento che, in quanto "prima revisione" del Codice, è aperto a modifiche, integrazioni ed arricchimenti.
L'invito è, in particolare, rivolto ai Presidenti dei Colleghi provinciali Ipasvi e ai Presidenti delle Associazioni infermieristiche affinché si facciano carico di promuovere e sostenere questa importante "stagione del confronto" nella consapevolezza di essere parte di un ulteriore e importante momento di crescita e maturazione della professione.
Il documento, ancora in fieri nell'articolato, potrà essere così completato anche con il Preambolo e con la strutturazione per Capi.

Articolo 1
L'infermiere e il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica.

Articolo 2
L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazione ed educativa.

Articolo 3
La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

Articolo 4
L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile anche quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità.

Articolo 5
Il rispetto dei principi etici e dei diritti fondamentali dell'uomo è condizionale essenziale per l'esercizio della professione infermieristica.

Articolo 6
L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, palliazione e riabilitazione.

Articolo 7
L'infermiere presta assistenza secondo equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali,nonché dell'etnia, del genere e delle condizioni sociali della persona.

Articolo 8
L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo.
L'infermiere, qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale dell'obiezione di conoscenza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito.

Articolo 9
L'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza anche al fine di non nuocere.

Articolo 10
L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse disponibili.

Articolo 11
L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze valide e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta e svolge attività di formazione, promuove ed attiva la ricerca e cura la diffusione dei risultati.

Articolo 12
L'infermiere chiede formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza.

Articolo 13
L'infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.

Articolo 14
L'infermiere riconosce che l'interazione interprofessionale sono modalità fondamentali per rispondere ai problemi dell'assistito.

Articolo 15
L'infermiere riconosce il valore della sperimentazione clinica e assistenziale per l'evoluzione delle conoscenze e per i benefici sull'assistito.
L'infermiere si astiene dal partecipare a sperimentazioni nelle quali l'interesse del singolo sia subordinato all'interesse della società.

Articolo 16
L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e promuove il ricorso alla consulenza etica, anche al fine di contribuire all'approfondimento della riflessione bioetica.

Articolo 17
L'infermiere, nell'agire professionale è libero da condizionamenti derivati da pressioni o da interessi di persone assistite, altri operatori, imprese, associazioni, organismi.

Articolo 18
L'infermiere, in situazioni di emergenza-urgenza, presta soccorso e si attiva per garantire l'assistenza necessaria; in caso di calamità si mette a disposizione dell'autorità competente.

Articolo 19
L'infermiere, attraverso l'informazione e l'educazione, promuove stili di vita sani e la diffusione del valore e della cultura della salute; a tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.

Articolo 20
L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.

Articolo 21
L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con le comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di as-

Lettera Firmata

di Bottoni Cinzia*

Fin dai ricordi più remoti, affiorano i miei pensieri, rivolti spesso ai più indigenti ed a coloro che soffrono. Per questo motivo, nel lontano 1979 sono stata incoraggiata ad iscrivermi alla scuola per infermieri professionali. Questa professione già dall'inizio della mia carriera, l'ho considerata una missione al servizio dell'ammalato; oggi con orgoglio continuo a sostenerlo ed affermarlo con la stessa ostentazione.

Ho sempre svolto il mio lavoro in ambito chirurgico, a prescindere dal primo mese di attività, eseguito presso il reparto di tisiologia. Durante il praticantato di tirocinio scolastico ho lavorato impegnandomi tenacemente, ho vissuto situazioni dure che ho superato con decisa determinazione.

Ho dovuto abituarmi a realtà sconvolgenti ed altre meravigliose, ma di tutto ciò ne ho fatto tesoro, per la mia formazione professionale e per la mia maturazione come persona profonda nei propri sentimenti.

Nel periodo che ho lavorato in chirurgia vascolare, "ben otto anni", ho realizzato le mie vere e proprie esperienze di nursing; mi ritrovavo con un gruppo di colleghe neodiplomate, ma cariche del mio stesso entusiasmo.

Finalmente eravamo entrate nel mondo del lavoro, ma consapevoli della grande responsabilità che ci aspettava. Attualmente da diciassette anni faccio parte dell'équipe del reparto di urologia di Sondalo.

Queste dichiarazioni che sto per fare, le sostengo, in quanto in questa divisione, mi sento come in una grande famiglia.

Posso affermare con certezza assoluta, che il personale medico, infermieristico ed ausiliario sono a livello altamente qualificato. Di ciò che asserisco ne sono testimoni i pazienti, che sono stati degenti presso di noi.

Il segreto di queste mie parole sta in noi, alla nostra professionalità e vi assicuro, che le persone che prestano servizio qui, sono veramente affiatate fra di loro, consapevoli delle proprie responsabilità, molto umane e caritatevoli verso il prossimo.

** Infermiere U.O. Urologia Sondalo*

E-mail

Gentile collega,
la segreteria del Collegio IPASVI, al fine di poter comunicare con i propri iscritti nella maniera più rapida possibile e al fine di contenere i costi delle spese di spedizione postale ha in programma di aggiornare le schede dati personali di ogni iscritto che in possesso di un proprio indirizzo di posta elettronica volesse renderlo noto all'albo professionale.
L'indirizzo di posta elettronica verrà utilizzato dal collegio esclusivamente per le comunicazioni riguardanti la professione e nel rispetto della Legge sulla tutela dei dati personali.
Il modulo per l'autorizzazione all'utilizzo della propria e-mail da parte dell'associazione professionale potrà essere scaricato direttamente dal sito: www.ipasviso.org/SEGRETERIA MODULI/INDIRIZZO/E-MAIL e compilato in tutte le sue parti, e inviato via e-mail all'indirizzo info@ipasviso.org, via fax al n.0342/517182 o consegnato direttamente in segreteria.

IL PRESIDENTE
Ercole Andrea PIANI

LA SEGRETARIA
Marisa AMBROSINI

"COMITATO LUCI PER OMBRE"

A tutti i colleghi che hanno partecipato alla donazione di ore lavorative per aiutare la collega affetta da tumore raro.
Comunichiamo che la ragazza lo scorso 18 maggio è partita per Boston,presso il Massachusset General Hospital;è in corso il trattamento di radioterapia con fascio di protoni che si protrarrà fino a luglio compreso.
Le notizie giunte sono buone, alimentano la nostra speranza di cura e di controllo della malattia, seppur coscienti della situazione di particolare delicatezza visto l'organo coinvolto:il cuore.
Anche con il vostro cuore potete aiutare il suo.
A tutti un "grazie" particolare dal comitato affinchè le ombre della vita facciano meno paura,è importante affrontarle insieme.

Livia, Catia, Didi, Michela, Eugenia.

Pagamento quota associativa anno 2008: ultimo avviso

Gentile collega,
ancor prima di procedere all'emissione della cartella esattoriale con relativo aggravio,
desideriamo informarTi che il 28 febbraio 2008 è scaduto il termine per il pagamento della quota associativa relativa all'anno 2008.
Si ricorda che ai sensi della Legge 43/06 l'iscrizione all'Ordine/Collegio professionale è obbligatoria per tutti gli operatori sanitari, anche per i pubblici dipendenti.
La quota di euro sessanta/00 potrà essere pagata attraverso le seguenti modalità:

bollettino postale
c/c 24204208
intestato a Collegio IPASVI - SONDRIO
Gestione quote annue
Via IV Novembre, 11
23100 SONDRIO

Causale: quota associativa anno 2008 Sig. …

mezzo bonifico
c/c 24367 aperto presso TESORERIA del Credito Valtellinese, sede di Sondrio
intestato al Collegio IPASVI di Sondrio
IBAN IT 67 Q 05216 11010 000000024367
Causale: quota associativa anno 2008 sig. …

Cordiali saluti.

Il PRESIDENTE
Ercole Andrea PIANI

IL TESORIERE
Edo BAGIOLO

Il millepiedi

Un millepiedi viveva sereno e tranquillo. Finché un rospo un giorno non disse per scherzo:
"In che ordine metti i piedi l'uno dietro l'altro?"
Il millepiedi incominciò a lambiccarsi il cervello e a fare innumerevoli prove.
Il risultato fu che da quel momento non riuscì più a muoversi.

Storia zen

sistenza, tenendo conto della dimensione interculturale.

Articolo 22
L'infermiere conosce il progetto diagnostico-terapeutico per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e sulla relazione con l'assistito.

Articolo 23
L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multiprofessionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

Articolo 24
L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazioni ai progetti diagnostico-terapeuci e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.

Articolo 25
L'infermiere rispetta la consapevole ed esplicita volontà della persona di non essere informata, purché la mancata formazione non sia di pericolo per se o per gli altri.

Articolo 26
L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi alla persona. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio dei dati, si limita a ciò che è attinente all'assistenza.

Articolo 27
L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.

Articolo 28
L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta della reciproca fiducia con l'assistito.

Articolo 29
L'infermiere promuove le migliori condizioni possibili di sicurezza dell'assistito e dei familiari, concorrendo allo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore e partecipando alle iniziative per la gestione del rischio clinico.

Articolo 30
L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, motivato da prescrizione terapeutica o da documentate valutazioni assistenziali.

Articolo 31
L'infermiere concorre alla sperimentazione clinico- assistenziale conoscendone il protocollo, anche per valutare le implicazione per l'assistenza e per l'assistito.

Articolo 32
L'infermiere si adopera affinché l'opinione del minore rispetto alle scelte terapeutiche e sperimentali sia presa in considerazione, tenuto conto dall'età del minore e del suo grado di maturità.

Articolo 33
L'infermiere si impegna a promuovere la tutela delle persone che si trovano in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni.

Articolo 34
L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito, deve mettere in opera tutti i mezzi per proteggerlo segnalando le circostanze, ove necessario all'autorità competente.

Articolo 35
L'infermiere si attiva per alleviare la sofferenza, adoperandosi affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.

Articolo 36
L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

Articolo 37
L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.

Articolo 38
L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.

Articolo 39
L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.

Articolo 40
L'infermiere non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito.

Articolo 41
L'infermiere favorisce l'informazione e l'educazione sulla donazione di sangue, tessuti ed organi e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

Articolo 42
L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'equipe.

Articolo 43
L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà.

Articolo 44
L'infermiere segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale ogni abuso o comportamento dei colleghi contrari alla deontologia.

Articolo 45
L'infermiere tutela il decoro proprio e della professione ed esercita l'attività con lealtà nei confronti dei colleghi e degli altri operatori.

Articolo 46
L'infermiere si ispira a trasparenza e veridicità nei messaggi pubblicitari e nella divulgazione delle informazioni, nel rispetto delle indicazioni fornite dal proprio organismo di rappresentanza professionale.

Articolo 47
L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.

Articolo 48
L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione ai responsabili professionali della struttura in cui opera o a cui afferisce il proprio assistito.

Articolo 49
L'infermiere compensa le carenze della struttura attraverso un comportamento ispirato alla cooperazione, nell'interesse dei cittadini e dell'istituzione.
L' infermiere, qualora vengono a mancare i caratteri della eccezionalità o sia pregiudicato il suo prioritario mandato professionale, si oppone alla compensazione specificandone le ragioni, pur impegnandosi per il superamento delle carenze o dei disservizi.

Articolo 50
L'infermiere, a tutela della salute delle persone, segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale le situazioni che possono configurare l'esercizio abusivo della professione infermieristica.

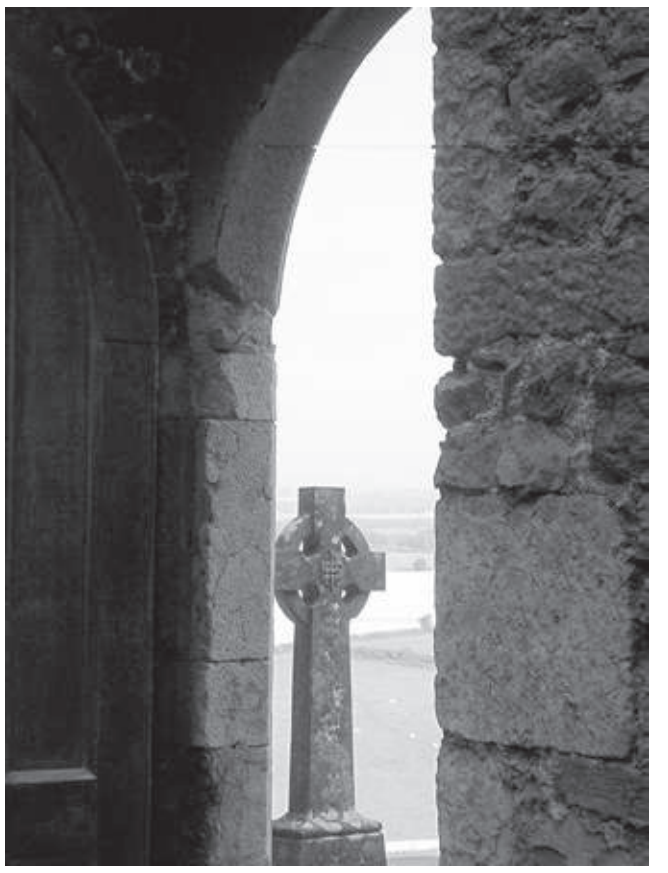
Articolo 51
L'infermiere segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure e dell'assistenza o il decoro dell'esercizio professionale.

LA MORTE E IL MORIRE

di Bruno Robustelli Test*

Dal convegno "L'infermiere e le problematiche etiche del fine-vita"

Affrontare il problema della morte e del morire è impresa ardua e sconcertante. Proporre questo tema è però necessario per capire dove l'operatore sanitario si può inserire, sostenendo ed accompagnando il morente nel suo ultimo viaggio terreno, per aiutarlo ad approdare nel porto della serena accettazione dell'ineluttabile.
La morte è il tema che per millenni ha dominato i pensieri dell'uomo, potremo dire che solo l'amore occupa qualche posizione di vantaggio.
Parlare della morte può essere brutale, come un pugno allo stomaco, ma nonostante ciò, indispensabile.
Sono ben conscio che l'argomento susciterà le più svariate emozioni e reazioni, so di espormi di persona ad una valanga di critiche per il solo fatto di parlare di un argomento tanto sgradito, ma, citando Plutarco, farò mie le parole che Temistocle rivolge al proprio interlocutore: "Picchiami pure,se vuoi,ma prima ascoltami".
Per fortuna, oggi, non esistono più le antiche usanze di giustiziare coloro che portavano cattive notizie, per cui posso affermare che tutti noi siamo mortali, e, in ogni istante, a partire dalla nostra nascita, potenzialmente morenti.
Inizierei ponendomi alcune domande.
E' importante pensare alla morte?
E pensare alla vita?
Ed ancora: possiamo pensare all'una senza tener conto dell'altra?
Non sono forse l'una il compimento dell'altra?
Quale atteggiamento avere di fronte alla morte?
Come si muore?
Se decidiamo di porci queste domande, ci troviamo di fronte alla molteplicità dei punti di vista da cui si può partire (storico, antropologico, sociologico, religioso, filosofico, ecc..), motivo di ulteriore difficoltà di esposizione.
Quello che è certo è che moriamo ancora, nonostante i grandi passi fatti dalle scienze mediche e dalla tecnologia. E' un fatto. Nel mondo, mediamente, 50.000 persone ogni giorno varcano l'ultima porta della loro vita.
Dobbiamo raggiungere la consapevolezza che la nostra vita non è illimitata, bensì ha dei limiti che non conosciamo, ma che non per questo sono meno reali, andando a scomodare il principio tanto caro ai Buddisti, il principio dell'impermanenza.
Dobbiamo vivere ed aiutare a vivere ogni giorno con pienezza, con piena consapevolezza del nostro peregrinare verso l'ultima meta, ricordandoci di tanto in tanto che la vita "è quella cosa che ci accade mentre siamo impegnati in tutt'altre faccende", evitandoci così un brusco risveglio.
Qualcuno disse "Se vivrai ogni giorno come se fosse l'ultimo della tua vita, un giorno scoprirai di avere fatto bene".
Ogni giorno mi guardo allo specchio e mi interrogo: "se fosse davvero l'ultimo giorno della mia vita, farei ciò che mi attingo a fare?".
Ricordarci che un giorno moriremo è uno strumento di straordinaria importanza per poterci orientare nelle scelte più importanti della vita, poiché le paure, gli imbarazzi, le aspettative di eternità terrena, l'orgoglio, svaniscono di fronte alla morte, e di tanto in tanto, ridimensionarci ci può fare soltanto bene.
Tutto questo non vuole essere un invito al nichilismo più nero, bensì un invito a valorizzare ogni istante della nostra vita.
Socrate, considerato uno degli uomini più saggi dell'occidente antico, diceva: "Tutta la nostra vita deve essere riflessione sulla morte ed allenamento ad affrontarla".
Epicuro invece, incarna la posizione opposta, in quanto sostiene che, per lui, la morte non è un problema, in quanto quando c'è lui, non c'è lei, e quando ci sarà lei, non ci sarà più lui.
Egli può aver ragione per quanto riguarda la sua morte, ma come la mettiamo con la morte di un figlio, di un coniuge, di un caro amico?
Possiamo ancora sostenere quanto sosteneva Epicuro?
Personalmente preferisco la posizione di La Roche-Focault, il quale ci ricorda che la morte è come il sole, non è bene fissarla troppo a lungo.
E le società di oggi, che visione hanno della morte?
Oggi viviamo nella cultura della negazione della morte.
Essa è relegata in un angolino, dimenticata, nascosta.
Oppure sbattuta in prima pagina, snaturata, sfruttata essa stessa per fare audience.
Ci ricorda Blaise Pascal, il grande filosofo e matematico francese, che gli uomini, non potendo guarire la morte, nel tentativo di essere più felici, hanno deciso di non pensarci.
Egli poi conclude ponendo l'attenzione sulla consapevolezza che l'uomo, unico essere vivente fino a prova contraria, ha della propria morte. Egli sostiene infatti: "(…)l'uomo è solo un debole giunco della natura; ma è un giunco pensante(…). Anche se l'universo lo distrugge, l'uomo è assai più nobile di ciò che lo uccide perché sa di morire; l'universo non è affatto consapevole del vantaggio che ha su di lui. Quindi tutta la nostra dignità consiste nel pensiero".
Nelle nostre società, in cui tutto è imperniato sul denaro, la morte non fa eccezione, continua ad essere fonte di enormi guadagni, ma il tutto deve essere fatto nel minor tempo possibile.
Oggi è difficile che una persona possa morire nella sua casa, attorniata dai suoi familiari, respirando quell'aria di vicinanza, di solidarietà, e per quanto possibile di condivisione dell'evento.
Oggi si muore sempre più spesso in un ambiente freddo, estraneo,fra il ronzio di strumentazioni sempre più sofisticate.



L'eterno mistero del morire è degradato, e lo è tanto più le società di appartenenza sono ricche.
L'uomo è spesso espropriato del suo diritto a morire con dignità.
Al paziente è chiesto di rispettare una specie di galateo del morire, per dirla con gli Americani:"*AN ACCETTABLE STYLE OF FACING DEATH* - UNO STILE ACCETTABILE DI AFFRONTARE LA MORTE."
Uno stile accettabile per chi? Ma per il personale, i parenti, la società naturalmente!
Il morente deve quindi lamentarsi il meno possibile, non porre domande imbarazzanti, fingere di ignorare la verità, non nominare mai la morte, possibilmente morire senza creare troppi problemi e in orari consoni.
Già,il *morente*: ma chi sarà mai costui?
Troppo spesso dimentichiamo che la persona che vediamo su un letto, è stata un uomo, una donna, ha lavorato, amato, cresciuto dei figli, ha contribuito a rendere migliore la nostra società.
Dimentichiamo che quella persona aveva delle abitudini, viveva in un contesto familiare unico, mangiava in un determinato modo, aveva degli amici, degli affetti.
E' quindi fondamentale riconoscere l'uomo nella sua interezza, cercando di agevolare tutto quanto è possibile per rendere gli ultimi giorni di vita di quell'essere umano meno penosi. Pensiamo al divieto di introdurre cibo all'interno delle strutture ospedaliere, ad orari di visita rigidi, all'espulsione a volte scortese dei parenti in nome di regole fredde e spesso ingiustificate.
Ognuno di noi ha potenzialità enormi di aiuto al morente ed alla sua famiglia.
Semplicemente dobbiamo aprirci un poco di più nei confronti dell'altro.
Dobbiamo anche sapere e saper divenire buoni operatori sanitari, ma soprattutto dobbiamo batterci per un ospedale a misura di Uomo.
Affinchè sia possibile essere in empatia con i nostri pazienti, è necessario che ognuno di noi abbia riflettuto sulla propria morte, ed abbia imparato a domarla, non proiettando quindi le sue paure e le sue frustrazioni sull'altro.
Elisabeth Kubler Ross, la grande dottoressa che ha passato gran parte della sua esistenza ad assistere pazienti morenti, afferma che un buon operatore sanitario , prima di essere considerato tale, deve aver versato tutte le proprie lacrime (io sono ancora molto lontano da questo traguardo, in quanto mi capita ancora di piangere quando muore uno dei miei pazienti).
La dottoressa Kubler Ross, ha elaborato quelle che lei chiama le cinque fasi del morire, che identifica in questo modo:

RIFIUTO: il soggetto rifiuta di essere ammalato di quel tipo di patologia.
Questa è la fase forse più difficile da superare.
Il soggetto, dopo avere ricevuto la notizia riguardante la propria patologia, notizia che per quanto comunicata con garbo, spesso suona come una condanna a morte, si chiude in se stesso ed inizia il vero e proprio processo di negazione fatto di "*non può essere vero, non io, i medici hanno sicuramente sbagliato diagnosi, anzi, forse hanno addirittura confuso i campioni. Quello con il cancro, l'A.I.D.S., la S.L.A. non sono sicuramente io.*"
Qui spesso ha inizio un lungo peregrinare, da una struttura ad un'altra, da uno specialista ad uno successivo.
Il rifiuto, per queste persone, costituisce spesso l'unica difesa che possono opporre alla devastante potenza della disperazione.
Essi per un breve tempo possono prendere in considerazione la possibilità della propria morte, ma poi non ne possono reggere il peso psicologico, rifugiandosi nel rifiuto.
Il rifiuto riveste una funzione terapeutica, permette al paziente di recuperare le forze, ricompattare le fila e prepararsi ad affrontare il nemico al meglio.
Ciò non significa che il paziente non giungerà mai a desiderare di parlare della propria morte, ma significa soltanto che non è in grado di farlo in questo momento, e ciò va rispettato.
Questo è un momento estremamente delicato, e spesso il paziente, da un istante all'altro, può cadere in contraddizione.
Noi dobbiamo semplicemente porci in silenzioso ascolto.
Spesso il malato stesso seleziona le persone con cui utilizzare il rifiuto e quelle con le quali può parlare tranquillamente anche della propria morte (sia nel proprio entourage familiare, sia nell'equipe ospedaliera), evitando di farlo con coloro che non sarebbero in grado di sopportare l'idea della sua morte.
In genere alla fase del rifiuto,fa seguito un periodo di sovrapposizione di una parziale accettazione.

COLLERA: se il paziente supera la fase del rifiuto, accede alla fase della collera.
In questa fase egli sviluppa una vera e propria forma di avversione verso coloro che considera "sani" e verso il loro mondo, al quale sente di non appartenere più.
La domanda che sottintende tutto questo è :"*Perché proprio io*?"
Ricordo un paziente, avvocato di mezza età, che si chiedeva proprio questo.
Guardando fuori dalla finestra ed indicandomi un anziano signore, che come un vecchio carpino nodoso, stava seduto su una panchina, mi disse: "*Vedi com'è ingiusta la vita? Quel vecchio è pieno di acciacchi, non ha più nessuno che lo aspetta a casa, è totalmente inutile alla società, eppure il cancro è venuto a me !*"
Questa è una fase estremamente delicata, in cui ogni rapporto diviene a rischio, sia per il personale sia per la famiglia.
Il personale infermieristico è bersaglio di continue richieste, spesso anche completamente inadeguate, e qualsiasi cosa venga fatta o detta provoca esplosioni di rabbia nel paziente.
Non possono sottrarsi a questo tiro al bersaglio nemmeno i parenti, che molto spesso vengono trattati con freddezza e distacco.
Questo atteggiamento, se non compreso, ingenera nei parenti e nel personale sensi di colpa, risentimenti, che spesso allontanano i parenti diluendone le visite, con effetto di aumentare il senso di rabbia e frustrazione del paziente.
Il nocciolo della questione è che pochissime persone si prendono il fastidio di cercare di capire ciò che il paziente sta provando in quel preciso momento della sua esistenza, e quale possa essere l'origine del suo risentimento.
Saremmo arrabbiati anche noi, se dopo una vita passata a lavorare, costruire, risparmiare, all'improvviso tutto ci crollasse addosso.
ALLORA GRIDEREMMO CON TUTTO IL FIATO CHE ABBIAMO IN CORPO.
Un paziente rispettato e compreso, laddove egli ce lo permetta, abbasserà presto le sue difese, diminuirà i suoi reclami, e ci permetterà di avvicinarci.

DEPRESSIONE: è la fase che in genere è preceduta dalla comparsa di segni e sintomi importanti, in cui il paziente è depresso,si chiude a riccio nel suo dolore, incapace di ogni reazione positiva.
Egli non è in grado di reggere il peso della grave perdita che avverte di aver subito.
Questa perdita può assumere diverse forme, pensiamo ad una donna che ha subito l'asportazione di un seno o dell'utero a causa di una neoplasia: avvertirà tutto questo come una menomazione del suo "essere donna".
Pensiamo all'interruzione forzata della propria attività lavorativa, all'impedimento di prendersi cura della propria famiglia, ecc..
Il nostro paziente sviluppa una pesante depressione, dalla quale potrà uscire con difficoltà soltanto se trova intorno a sé un ambiente favorevole.
La nostra prima reazione di fronte a persone depresse è quella di tentare di rincuorarle, di sollevar loro il morale, ma, di fronte a questo tipo di problematiche, a volte l'unico atteggiamento possibile è un rispettoso silenzio, rafforzato da una presenza discreta.
Esiste inoltre una depressione dovuta non alle perdite già verificatesi, bensì alle perdite che il paziente avverte come imminenti.
In questo possono inserirsi bene la famiglia, gli amici, i volontari.
Pensiamo ad una mamma che si deve ricoverare spesso per poter praticare la chemioterapia e non sa a chi affidare i propri bambini, oppure non può abbandonare un genitore invalido. Sapere che qualcuno si sta occupando delle sue persone care, e lo sta facendo bene, faciliterà un suo atteggiamento più collaborativo.

PATTEGGIAMENTO: è la fase in cui il paziente , presa coscienza che è davvero ammalato e che si tratta di una malattia molto grave e che probabilmente lo porterà a morte in un tempo non troppo lungo, passa alla fase della trattativa.
Questa è forse la fase meno conosciuta, ma non per questo meno importante.

Un peso non indifferente lo ha in questa fase l'atteggiamento di fede che il paziente manifesta o meno: un paziente credente si rivolgerà a Dio, un non credente si potrà rivolgere alla natura, alla scienza, in un disperato bisogno di procrastinare anche di pochi giorni l'evento finale.
Il paziente può manifestare il bisogno di un certo tempo per vedere un figlio sposarsi, coronare il sogno di un figlio che raggiunge una laurea, vedere la nascita di un nipotino, ecc.
Questa richiesta di tempo è spesso accompagnata da una serie di promesse, "*se otterrò quello che chiedo, sarò buono, non chiederò nulla in più, ecc.*". Naturalmente, anche là dove il paziente ottiene ciò che chiede, ricomincia poi da capo il medesimo procedimento.

ACCETTAZIONE: è l'ultima fase, e viene raggiunta da un numero troppo basso di persone. A questa fase può seguire un altro periodo di depressione, in cui il paziente rifiuta di essere sottoposto a trattamenti sanitari e può considerare troppo doloroso incontrare i parenti.
Questo è il momento che in genere precede la morte ed è il più difficile da affrontare per il parente; qui è importante che intervenga l'operatore sanitario a spiegare che il paziente non è arrabbiato con il proprio parente, bensì semplicemente ha iniziato il distacco dalle cose e dalle persone, perché questo è il suo unico modo per poter morire in pace: se i familiari non lo supportano, rendono il tutto più difficile.
C'è un momento nella vita di un malato in cui cessano i dolori, la mente scivola in uno stato senza sogni, il bisogno di cibo diventa minimo e la coscienza dell'ambiente circostante svanisce nell'oscurità.
Questo è il momento in cui parenti sono combattuti fra il desiderio di fuga e quello di rimanere vicino al morente.
In questo tempo ultimo, è troppo tardi per le parole, è troppo tardi anche per gli interventi medici (spesso crudeli, anche quando rettamente intesi), ma nel contempo è troppo presto per separarsi definitivamente da chi sta morendo.
Questo è il momento del silenzio con il paziente e della disponibilità con i parenti.
Possiamo aiutare le persone che non se la sentono di rimanere a fianco dei loro cari, garantendo loro che il paziente non verrà lasciato solo, ma ci sarà sempre qualcuno vicino a lui; allora potranno tornare ad occuparsi dei vivi, evitando i terribili sensi di colpa derivanti dall'aver lasciato solo il loro caro proprio durante gli ultimi istanti della sua vita. Essere terapisti delle persone in fin di vita ci rende testimonianza dell'unicità di ogni essere umano, ci dà conferma della nostra finitezza, della breve durata della nostra esistenza, e chissà, forse ci stimolerà anche a dare il meglio di noi stessi.
Ricordiamoci che per quanto breve, ogni esistenza dà vita ad una appassionante ed unica biografia.
Per quanto possiamo stare vicino alla persona morente, non dimentichiamoci che non siamo noi che stiamo per morire, ricordiamoci, che come ci insegna Martin Lutero, ognuno di noi affronta inevitabilmente l'ultimo passaggio "da solo".
Naturalmente queste fasi sopra descritte, vengono attraversate di pari passo anche dai parenti, i quali si trovano spesso soli di fronte a situazioni di disagio e devono poi affrontare il lutto in silenzio e solitudine, perché, dopo aver negato e nascosto la morte, bisogna fare lo stesso con i suoi riti, a meno che si tratti di qualcuno così importante da non poterne nascondere la morte.
Qui continua l'atteggiamento di negazione della morte: se osservate un annuncio mortuario, non vi troverete mai la parola "*morte*"; il soggetto "*ci ha lasciati, si è addormentato, è partito,ecc.* ", ma non è mai "*morto*".
Naturalmente la concezione che una persona ha riguardo l'esistenza di una vita dopo la morte influenzerà di molto l'atteggiamento di quella persona, non solo durante la propria esistenza, ma anche di fronte alla morte.
Ognuno di noi, di fronte al dubbio di che cosa troveremo dopo, raggiunge ad un certo punto della propria vita quello che potremo definire l'orlo del più vertiginoso dei precipizi: è lì dove dovrà decidere se fidarsi e saltare oppure ritirarsi, vanificando tutto il cammino di ricerca fin lì compiuto.
Uno psichiatra americano ha raccolto numerose testimonianze riguardanti le N.D.E. (Not Death Experience), le cosiddette esperienze di pre-morte, quelle esperienze cioè che alcuni pazienti, vittime di gravi incidenti o di arresti cardiaci, raccontano in seguito di avere vissuto.
In queste esperienze ci sono dei punti in comune, come il tunnel che esse attraversano, la luce in fondo al tunnel, il senso di grande benessere, il desiderio di rimanere in quel "luogo", l'incontro con persone precedentemente decedute ,ecc.
Quello che a noi ora interessa, non è discutere sulla verificabilità e veridicità o meno di queste esperienze, bensì come queste hanno influito sulla vita di coloro che le hanno vissute.
La totalità dei soggetti intervistati ha dichiarato di aver cambiato radicalmente il proprio atteggiamento verso la morte, avendo cancellato ogni paura al riguardo, dichiarando inoltre di aver imparato a gustare appieno ogni istante della loro vita.
Francoise Mitterand, l'ex presidente francese, notoriamente ateo dichiarato, quando seppe di avere i giorni contati a causa di una malattia incurabile, fece chiamare Jean Louis Guitton, filosofo e pensatore cristiano, ed ebbe con lui un colloquio durato più di due ore.
Chissà, gli avrà chiesto notizie, tracce, indizi di un mondo cui si avvicinava? Non lo sapremo mai!
Sul versante opposto,Don Corrado Fioravanti, uomo di grande rispetto, che ha dedicato tutta la vita agli ultimi, ai diseredati, e che io ho avuto la fortuna di conoscere e frequentare, giunto vicino alla morte e guardando fisso il vuoto, con gli occhi pieni di lacrime, mi disse: "*Bruno, pensa che bello se adesso muoio e mi viene incontro Gesù, e lo posso finalmente vedere"!*
Ci dobbiamo attenere ad una forma di altissimo rispetto nei confronti del paziente a riguardo delle sue credenze, supportandolo nelle sue necessità cultuali.
Non dobbiamo vergognarci di fronte a colleghi, medici ed altri operatori quando chiamiamo i ministri del culto su richiesta di un paziente: nel caso dei cattolici, è bene ricordare anche ai parenti (vedi negazione della morte), che il Sacramento dell'Unzione degli Infermi non si dà solo in punto di morte, bensì a tutte le persone ammalate ed anche a quelle anziane, perché, come insegna la saggezza antica "senectus ipsa morbus",la vecchiaia stessa è malattia.
Ricordiamo infine che ogni sera ognuno di noi muore, della cosiddetta "*piccola morte*", il sonno, e trova normale risvegliarsi il giorno dopo: chissà, forse non è poi così peregrina l'idea di un altro risveglio.

L'IMPORTANZA DEI NODI IRRISOLTI

Ognuno di noi è intrinsecamente convinto che ci sarà sempre tempo per ogni cosa: ci sarà sicuramente tempo per chiedere scusa o perdono nei casi in cui ciò è necessario, o per risolvere vecchie questioni lasciate in sospeso.
Quante volte, in momenti particolari, ho visto il volto dei miei pazienti rigarsi di lacrime silenziose!
Essi, sentendo vicina la morte, desideravano riconciliarsi con persone ormai lontane, ma esse erano irraggiungibili: o perché trasferitesi lontano o perché già partite prima di loro oppure perché chiuse in se stesse, arroccate su posizioni ferree.

CONTINUA A PAGINA 16 ▸

La partita a carte

*La morte raggirata nel Kaspar Brandner**

[…] Il Kaspar nasce nel 1871, dalla penna di Franz von Kobell, e viene poi trasformato in una piece teatrale negli anni trenta del secolo scorso. La versione che conosciamo oggi è frutto dell'inventiva di Kurt Wilelm, che egli anni settanta rielaborò la versione di von Kobell, ricavandone una nuova versione teatrale[…]

L'ora di Gaspare, un fabbro settantaduenne bavarese, scocca dopo una partita di caccia, in cui sopravvive miracolosamente ad un proiettile vagante.
Ad annunciargli l'ora della dipartita è la morte in persona, bussando alla porta della sua casetta, in cui si è appena rifugiato, dopo essersi ripreso dallo spavento.
Il nome con cui si presenta, non aiuta certo a renderla più minacciosa: essa infatti è il "Boundlkramer", un nomignolo che, in dialetto lombardo/valtellinese potremmo tradurre come *" il cargaoss*".
In verità, magra e pallida, con i guanti rotti e vestita di stracci, la morte del Kaspar appare davvero come un povero diavolo.
Alla sua vista, il Gaspare, anziché spaventarsi, la invita a sedere e a bere un bicchierino,dicendogli: "*Patìda e sèca cume te sèè, el te fares bee!"*,poi versa a lei da bere.
La morte rimane disorientata da quell'insolita offerta, (mai nessuno infatti le aveva offerto da bere prima di allora), e pensa che, lassù, i Superiori potrebbero disapprovare. Però è tentata di accettare.
Il Gaspare insiste: "*l'è giust che ti te sabiet da quali cuntentezzi te sluntanet la gent!"*. La morte cede, e dopo il primo bicchierino, il *cargaoss* ci prende gusto. Gaspare, naturalmente, ne approfitta a più non posso.
Il *cargaoss* si confida perfino, con i Gaspare,dicendogli : "*te sèè, i um!-i se lamenta, i carogna, perché la vita l'è una val de lacrimi, i dis propi isci, e quant vegni a salvai, in den bòt, tute l turna bèl, e l'unic che fa paura sum mì."*
Gaspare ascolta e, con ogni scusa, cerca di far capire al *cargaoss* che nessuna stagione è quella buona per salire sul suo carretto.
L'estate? Troppo caldo! In autunno? Devo andare a caccia!
In inverno? Troppo freddo, si gela sul tuo carretto!
Scocciato da tanta agitazione, il cargaoss trascina Gaspare fuori dalla porta di casa, ma ecco riemergere la proverbiale furbizia contadina, e Gaspare proporre una partita a carte alla morte.
Mezza ubriaca e digiuna del gioco, la morte perde la partita in poche mani.
Gaspare gli fa promettere che non tornerà a prenderlo prima che ,come suo padre prima di lui, non abbia raggiunto i novant' anni.
Il cargaoss se ne torna quindi a mani vuote, mentre Gaspare riprende a vivere più felice e sano che mai.
Dopo alcuni anni, trascorsi spensieratamente, un giorno, la nipote di Gaspare, Marei, inseguendo il fidanzato per gioco, cade, batte la testa e muore: si ritrova allora sul carro del cargaoss, diretta in paradiso, dove la accoglie S.Pietro.
Controllando i registri delle anime, S.Pietro scopre che Marei ha ancora diritto a diciotto anni di vita, ma scopre anche che il nonno, che dovrebbe essere in paradiso da tre anni, non ci è mai arrivato.
Chi è il colpevole di questo inammissibile "falso in bilancio"?
La colpa è tutta del cargaoss, che per far quadrare i conti, ha tolto gli anni di vita a Marei per regalarli a Gaspare, pagando così il proprio debito di gioco.
La morte viene redarguita severamente, ed abbozza una difesa: "Sciuur guardiaa, tucc i me scantuna, per una volta che i ma ufrit de beef…"
S. Pietro però è inamovibile.
Vada subito a prendersi quel testone di Gaspare.
Tornato sulla terra, mogio mogio, il cargaoss trova Gaspare affranto per la perdita della cara nipote e viene facilmente convinto a fare un salto in paradiso, "numa n'ureta, par vedee se 'te pias…".
Dopo un viaggio da brivido, (il cargaoss guida malissimo!), Gaspare vede il paradiso.
Qui i boccali di birra si riempiono da soli, i Santi mangiano salsicce, si gioca a carte, e, ciliegina sulla torta, dal paradiso dei bavaresi, sono banditi i prussiani.
Di fronte a tutto questo, Gaspare si convince a rimanere.
Sembra dunque tutto risolto, ma ecco irrompere l'Arcangelo Michele, il quale non è d'accordo. Ma, come, uno come il Gaspare, abituato a tirare scherzi a destra e a manca, non fa nemmeno un po' di purgatorio?
Già sfodera la spada fiammeggiante, pensando che S.Pietro sia d'accordo e grida: "Ghè vol urdin. Stavolta stabilema n'esempi"!
Ecco arrivare il Guardiano supremo delle porte Celesti, ora verrà emesso il verdetto finale.
Gaspare è stato sempre un buon uomo, le sue burle non hanno mai arrecato danno a nessuno.
Michele però insiste: "Ma e al sest cumandament?"
S. Pietro è indulgente: "Suvvia Michele, Gaspare è un buon uomo, e poi l'è minga un dogma, prima del matrimoni, l'è noma n' sugeriment!"
Michele ancora non cede: "e la partita a carte con la morte, con quella come la mettiamo?"
Tutta la Corte Celeste ne è a conoscenza.
"Preocupet minga, i è tucc d'acordi, anca la Maria."
Gaspare va perdonato. Il severo Arcangelo è incredulo: "Scusa ma come mai?"
Perché nelle alte sfere del paradiso, da quando si è saputo come Gaspare si preso gioco del cargaoss, si sollevata un'ondata di buon umore.
"Fregaa la mort a carti!- i è a mò dree a rit adess!", racconta S.Pietro, "E la storia de la grapa! La Maria la ghè riva più a pianta i lò!".

**rielaborata da Bruno Robustelli Test*

Progetto terapeutico per pazienti con B.P.C.O.

Esperienza di continuità assistenziale nella vicina Svizzera

di Monica Cingari, Daniela Ussia*

Introduzione

Secondo l'OMS la BPCO nel 2002 ha rappresentato:

- la terza causa di mortalità nei paesi occidentali (era la sesta nel 1990);
- la quinta causa per impatto sociale e morbilità (nel 1990 era al dodicesimo).

Nel 1990 la prevalenza di questa malattia nel mondo era stimata pari al 9.34 x 1000 nei maschi e 7.33 nelle femmine con un maggior impatto nei paesi industrializzati.[1]

Partendo da questa situazione epidemiologica e valutando la casistica di questi pazienti che sono ricoverati in ospedale nella fase acuta e dimessi verso la casa anziani, ci sembra importante sviluppare un progetto per migliorare la qualità nella continuità di cure.

"Estimation du nombre de BPCO pour la population suisse des 55 ans et plus en 2005, nombre de cas cliniques, par classe d'âges, 75- 64 ans: 61508"[2]

"Parmi les hospitalisations, 18% de celles des hommes et 13% de celles de femmes représentaient des ré-hospitalisations, indiquant une rechute survenue au cours de la même année"[3]

Nella realtà ospedaliera dell'OBV di Mendrisio, nell'anno 2006, gli episodi accertati di ricovero (secondo APDRG) per questa patologia sono stati 193. E' tuttavia complesso capire la distinzione della provenienza di questo gruppo di persone.

La tendenza attuale sanitaria è incentrata nella ricerca scientifica rivolta alla cura della malattia e meno risorse sono investite per il trattamento della cronicità ed in particolar modo per la prevenzione delle complicazioni. Della malattia cronica non ci si può liberare né guarire, essa accompagnerà tutta la vita della persona fino alla fine inoltre, grazie al progresso della scienza, vi è l'aumento della prospettiva di vita.

Agendo sui comportamenti e gli stili di vita con programmi di monitoraggio, prevenzione e educazione non si risolve il problema ma si hanno effetti buoni fra i quali: minori riacutizzazioni, miglior qualità di vita, riduzione dell'ansia e di conseguenza meno ospedalizzazioni.

Maggior importanza andrebbe data all'informazione sui fattori di rischio e di protezione la politica Salute21[4] elaborata per la regione Europea dall'OMS ha dei punti chiave volti a permettere a ciascuno di realizzare pienamente il proprio potenziale di salute. Nell'obiettivo 8 "Ridurre le malattie non trasmissibili". Nell'obiettivo 11 "Adottare stili di vita più sani". Nell'obiettivo. 12 " Ridurre i danni causati dall'alcool, dalla droga, e dal fumo".

L'approccio di cura limitato alla gestione dell'episodio acuto non è appropriato in malattie croniche che hanno bisogno d'interventi coordinati e cooperati di cura e monitoraggio, di diverse figure nel tempo e in modo continuo. La professione infermieristica riveste un ruolo importante per questa continuità d'assistenza.

La CRS è molto chiara nella funzione 5: "Contributo al miglioramento della qualità e dell'efficacia delle cure infermieristiche e allo sviluppo della professione; collaborazione ai programmi di ricerca realizzati nel campo sanitario."[5]

Motivazione Daniela

Sono infermiera da 22 anni ed ho lavorato prevalentemente in aree acute; durante la mia esperienza lavorativa mi sono confrontata con persone malate di patologie croniche di vario tipo.

Gli episodi di riacutizzazione erano frequenti e si sarebbero potuti evitare se vi fosse stato un sostegno professionale più specifico e costante. Da più di un anno lavoro in Casa per Anziani (=CPA), m'interessa prendere in considerazione gli strumenti, i mezzi e le persone contattabili all''interno e all'esterno della struttura per la presa a carico mirata d'ospiti con BPCO. All'interno del CPA, con 94 ospiti, 8 sono affetti da BPCO. Ho deciso di collaborare per la stesura del lavoro con Monica convinta che l'unione fa la forza. Per una buona cura è essenziale la collaborazione, lo scambio, la continuità, l'alleanza e sapere con quali strumenti si possono facilitare queste condizioni. L'appuntamento è verso un obiettivo di collaborazione pur lavorando in ambiti diversi vedendo questo aspetto come un arricchimento. Una collaborazione per migliorare, per cambiare e proporre nuove modalità di approccio da integrare alla cura tradizionale. Sono considerazioni importanti che fanno riflettere e danno un significato al progetto

Contesto Lavorativo Daniela

Lavoro per gli Istituti Sociali Comunali (ISC) di Lugano in CPA come infermiera presso la Residenza Gemmo. La filosofia degli ISC [6], riguardo il relazionarsi con l'anziano, si caratterizza per un "contatto" non solo di tipo professionale e tecnico, ma soprattutto umano, affinché l'anziano si senta accolto, curato e amato. La casa è medicalizzata ed ha un medico responsabile di riferimento. Il ricovero degli anziani è deciso nel rispetto delle volontà degli stessi e dei relativi famigliari. L'accoglienza è personalizzata.[7] Nella Casa utilizziamo il RAI per la valutazione multidimensionale dello stato funzionale del paziente e della qualità delle cure. La sintesi dell'assistenza è compilata secondo il 14 bisogni di Virginia Henderson. Si sta lavorando per l'introduzione della cartella informatizzata. La Residenza si sviluppa su tre piani; al piano terra vi sono settori per animazione, fisioterapia, sala bar, sala pranzo e vi sono locali polifunzionali; su ogni piano vi sono le camere per gli ospiti per un totale di 94 posti letto. In ogni reparto vi è un locale infermeria, due cucine con sala da pranzo, due bagni mediatizzati, due locali per materiale sanitario e due locali per il materiale di pulizia. Il team curante del mio reparto è composto da un Caporeparto, 7 infermieri , 2 allievi OSS., 8 assistenti di cura. Nel turno di lavoro siamo circa 8 unità per 33 ospiti dei quali 2/3 infermieri, 5/6 assistenti di cura e un allievo OSS. La casa è fornita di apparecchi per ossigenoterapia, aerosol, ginnastica respiratoria; la fisioterapista lavora in CPA part-time, vi è la possibilità di consulenze con altre figure professionali.

Motivazione Monica

Ho deciso di prendere questo gruppo omogeneo d'utenti poiché lavorando in un reparto di medicina interna è questa la casistica più frequente di pazienti di cui ci occupiamo.

La motivazione che mi ha spinto a prendere in osservazione questa utenza è che frequentemente questi pazienti ritornano al nostro nosocomio per la stessa motivazione dopo poco tempo dall'ultimo episodio acuto che li ha portati al ricovero. Mi sono quindi chiesta se era possibile realizzare un progetto terapeutico per ridurre la frequenza dei ricoveri, in collaborazione con altre figure all'interno dell'ospedale e altri istituti di cura. Parlando con Daniela ci ha solleticato l'idea di svolgere un lavoro di integrazione tra una casa per anziani e l'ospedale Ho accettato la collaborazione, convinta del fatto che lavorare interdisciplinariamente con due strutture di cura molto diverse tra loro possa allargare gli orizzonti e favorire un miglioramento nella post-dimissione di questi pazienti.

Contesto Lavorativo Monica

Lavoro in un reparto di medicina acuta da 11 anni come infermiera in cure generali all'Ospedale Beata Vergine di Mendrisio (OBV), la casistica che mi si presenta quotidianamente è molto vasta. Nel reparto in cui lavoro ci sono 26 posti letti, suddivisi tra medicina e nefrologia. Il reparto è suddiviso in 3 aree, in ciascuna un'infermiera diplomata per turno si occupa assieme ad un assistente di cura e/o un allievo di 8-10 pazienti-nella loro globalità. Ci sono 3 reparti di medicina del quale 1 specifico di geriatria, 2 reparti di chirurgia, 1 ginecologia ed ospedale di giorno, pediatria, cure intense, pronto soccorso ed emodialisi. Lavoro frequentemente in collaborazione con altre figure professionali come fisioterapista, dietista, infermiera di diabetologia, etc.

Quadro teorico

Fisiopatologia della BPCO

"Con bronchite cronica, o meglio broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), s'intende un gruppo di disturbi respiratori cronici e lentamente progressivi caratterizzati dalla riduzione del flusso massimo espiratorio durante un'espirazione forzata. La BPCO include l'enfisema e la bronchite cronica, due quadri clinici distinti che nella maggior parte delle volte coesistono in associazione"[8]

Segni e Sintomi [9]

- tosse cronica, specie mattutina, produttiva
- escreato
- dispnea ad insorgenza graduale
- ostruzione al flusso aereo: respiro sibilante all'auscultazione del torace; allungamento della durata dell'espirazione
- segni di enfisema: iperdistensione polmonare; diminuzione d'intensità dei suoni respiratori e cardiaci; respirazione a labbra socchiuse; impegno della muscolatura respiratoria accessoria; rientramento degli spazi intercostali inferiori
- perdita irreversibile della funzione respiratoria con VEMS e VEMS/CV % del teorico < 1,64 DS
- la maggior parte dei pazienti ha > 50 anni, è stata o è fumatrice

Scala Gravità BPCO [10] ***e Trattamento Farmacologico*** [11]

Secondo le linee guida GOLD (Global Iniative For Chronic Obstructive Long Disease) la classificazione si basa sui valori spirometrici e su sintomi clinici.

Classificazione della Scala di Gravità della BPCO:

Stadio 0: **BPCO a rischio**. Spirometria normale, sintomi cronici (tosse, escreato).
Trattamento Raccomandato: Nessuno, evitare i fattori di rischio e vaccinazione antinfluenzale.

Stadio I: **BPCO lieve**. VEMS/CVF < 70%; VEMS ≥ 80% del teorico con o senza sintomi cronici (tosse, escreato)
Trattamento Raccomandato: Broncodilatatori a breve durata d'azione solo al bisogno

Stadio II: **BPCO moderata**. VEMS/CVF < 70%; 50% ≤ VEMS < 80% del teorico con o senza sintomi cronici (tosse, escreato, dispnea).
Trattamento Raccomandato: Broncodilatatori a breve durata d'azione solo al bisogno. Trattamento regolare con uno o più broncodilatatori a lunga durata d'azione. Riabilitazione per un minimo di 2 mesi.

Stadio III: **BPCO grave**. VEMS/CVF < 70%; 30% ≤ VEMS < 50% del teorico con o senza sintomi cronici (tosse, escreato, dispnea).
Trattamento Raccomandato: Broncodilatatori a breve durata d'azione al bisogno. Trattamento regolare con uno o più broncodilatatori a lunga durata d'azione. Corticosteroidi inalatori (in pazienti con ripetute riacutizzazioni (>3 negli ultimi 3 anni). Riabilitazione per un minimo di 2 mesi

Stadio IV: **BPCO Molto Grave**: VEMS/CVF < 70%; VEMS < 30% del teorico o VEMS < 50% del teorico in presenza di insufficienza respiratoria o di segni clinici di scompenso cardiaco destro.
Trattamento Raccomandato: Trattamento regolare con uno o più broncodilatatori a lunga durata d'azione. Corticosteroidi inalatori (in pazienti con ripetute riacutizzazioni (>3 negli ultimi 3 anni). Riabilitazione per un minimo di 2 mesi. Trattamento complicanze; OLT (= ossigenoterapia lunga durata, in presenza

"Camminare per me significa entrare nella natura. Ed è per questo che cammino
Io vado per vedere, per sentire, con tutti i miei sensi. Così il mio spirito entra

di insufficienza respiratoria. Considerare NPPV (in grave ipercapnia); Considerare trattamento chirurgico.

Definizioni:[12]

- VEMS = Volume Espiratorio Forzato al 1° Secondo
- CVF= Capacità Vitale, massima quantità d'aria che possiamo mobilizzare con un'inspirazione profonda seguita da un'espirazione profonda, eseguite lentamente
- VEMS/CVF = Percentuale del FEV1 in rapporto alla Capacità Vitale. E' un indice d'ostruzione
- Ipercapnia = (dal greco hyper: oltre, e kapnos: fumo) è l'aumento nel sangue dell'anidride carbonica (CO2)13
- Ipossiemia = Riduzione dell'ossigeno nel sangue
- NPPV = Non Invasive Positive Pression = BPAP

Nursing della BPCO

Principali Evidenze della letteratura riguardo la gestione pazienti con BPCO

"L'approccio terapeutico, supportato da dimostrate prove di efficacia, è caratterizzato da una progressiva intensità di trattamento, strettamente correlata con la severità della malattia e risulta da una combinazione di interventi educativi (cessazione dal fumo, incremento della attività fisica, corretto utilizzo dei farmaci), interventi farmacologici e non farmacologici." [14] Le diverse revisioni di letteratura fatte fino ad ora tuttavia non hanno confermato con forza la validità della riabilitazione polmonare.

"I punti chiave sono i seguenti.

1. il counselling e l'educazione sanitaria giocano un ruolo importante nel migliorare le capacità del paziente di fronteggiare la malattia e di migliorare il proprio stato di salute.
2 la terapia farmacologia non si è rivelata efficace nel modificare nel lungo periodo il declino della funzione polmonare, anche se migliora i sintomi e diminuisce le complicanze.
3 i farmaci broncodilatatori β2–antagonisti, anticolinergici, teofillinici sono fondamentali nel trattamento sintomatico, da soli o in combinazione, al bisogno o su base programmata.
4. il trattamento regolare con steroidi inalatori va riservato ai pazienti sintomatici con documentata risposta spirometrica agli steroidi, o a quelli con FEV1 attesa < al 50% oppure ai pazienti con riacutizzazioni che richiedono un trattamento steroideo orale e/o antibiotico.
5 il trattamento continuativo con steroidi sistemici dovrebbe essere evitato per il basso rapporto beneficio/rischio.
6 tutti i pazienti traggono beneficio da specifici programmi di attività fisica.
7 la somministrazione a lungo termine di ossigeno per > di 15 ore / die a pazienti con insufficienza respiratoria cronica aumenta la loro sopravvivenza".[15]

Ruolo Infermieristico Prevalente

L'infermiere ha un ruolo chiave in questa patologia, poiché ha una grande importanza la valutazione iniziale ed obiettiva della situazione, ci vogliono poche domande per valutare la abitudini al fumo di sigaretta, le caratteristiche e la durata della tosse e dell'espettorato, la presenza di dispnea anche modesta per un'attività fisica normale, l'insonnia per risvegli notturni.

In questo gruppo come in altri con patologie croniche, la presa a carico è importante quanto la cura.

Il ruolo infermieristico è prevalente nell'ottimizzare questo momento di passaggio per coordinare e seguire l'approccio multidisciplinare, dare sicurezza all'utenza riducendo l'ansia.

Una questione chiave: la continuità assistenziale

La continuità assistenziale a breve, medio e lungo termine rappresenta la questione chiave per questa utenza.

Gioca un ruolo rilevante, in quanto durante la degenza in ospedale vengono svolte delle attività fisioterapiche e di sostegno terapeutico che determinano la situazione al momento della dimissione del paziente.

E' importante quindi continuare sulla stessa linea terapeutica tramite il passaggio di informazioni dettagliate in merito alla situazione respiratoria fra soggetti che si prendono carico della persona. L'infermiera diventa un anello importante che opera in un contesto funzionale, dinamico, multidisciplinare; l'infermiera crea un ambiente terapeutico filtrando le richieste, garantendo i contatti, coordinando gli interventi. Essa interagisce con figure, professionali e non, ugualmente importanti nella vita dei malati. I famigliari sono una fonte di informazioni molto ricca e partecipano nel realizzare alcuni interventi: gli amici e conoscenti rappresentano il contatto verso l'esterno, la loro vicinanza aiuta. L'infermiera contatta professionisti quali il medico, la fisioterapista, la dietologa, l'animatrice e condivide con il team di reparto le informazioni ricevute.

Definizione gruppo, bisogni ed obiettivi

Il gruppo omogeneo

Patologia: BPCO, da diversi anni con la malattia, ex fumatore. Età: tra i 65 e i 75 anni; Cultura media alto cognitivamente integro. In fase compensata utilizza ossigenoterapia in riserva, autogestisce il trattamento come pure i broncodilatatori. Il gruppo di malati scelto ha buona compliance,

Buona autonomia nelle ADL; buon sostegno famigliare; riceve regolarmente visite di parenti e amici. Residente in CPA da alcuni anni, ben inserito nelle vita sociale e buona relazione con il resto degli ospiti e partecipa ad attività anche esterne all'istituto. Si tratta d'ospiti con una riacutizzazione di un problema cronico: in fase di dimissione ospedaliera e di rientro in CPA.

Principali Bisogni

Il gruppo di persone prese in considerazione ha un'età compresa fra 65-75 anni, quindi i bisogni che devono soddisfare principalmente sono, secondo la piramide di Maslow, quelli fisiologici (come ad esempio respirare, muoversi, mangiare e bere, etc) ed inoltre visto la problematica del riacutizzarsi della malattia hanno bisogno di sicurezza e salute. Ci troviamo di fronte ad un paziente in procinto di dimissione e che deve essere preparato fisicamente e psicologicamente a tale avvenimento, quindi dobbiamo intraprendere tutte quelle misure atte a migliorare la continuità delle cure. Tutti i bisogni sono importanti a volte gli infermieri si dimenticano di questo aspetto e si concentrano solo su alcuni.

Bisogni Fisiologici

Bisogni fisiologici, recuperare e mantenere il più alto livello di funzionalità fisica in modo di riadattarsi ad una vita il più possibile indipendente e sicura. Il Bisogno fisiologico più difficile da soddisfare è la respirazione poiché questo gruppo di pazienti ha il problema principale di respirare in modo inadeguato.

L'altro problema correlato alla respirazione riguarda la gestione del riposo/sonno; la posizione allettata e i problemi emotivi che possono emergere nelle ore notturne hanno una ripercussione sul respiro e sull'ansia.

Bisogno di Sicurezza

I pazienti con questa patologia hanno bisogno di sicurezza, in quanto avendo spesso riacutizzazioni si sentono insicuri circa il loro stato di salute.

Emozioni ed Affetti

La problematica delle emozioni ed affetti è correlata al fatto che questi pazienti si sentono un peso per la propria famiglia soprattutto per il fatto che le riacutizzazioni della malattia aggravano l'impegno dei famigliari.

Quindi devono dipendere da altre persone nelle fasi acute della loro malattie, il tutto si ripercuote sull'immagine che hanno di loro stessi.

Bisogno di Stimoli

A causa della dispnea non riescono a svolgere le attività come prima, quindi ciò può far scaturire la problematica di non riuscire a trovare degli stimoli per continuare una vita sociale e mantenere le attività creative e di svago.

Bisogno di Stima

La stima in questi pazienti gioca un ruolo determinate una miglior immagine di sé può favorire anche l'immagine che gli altri hanno di loro. Hanno bisogno di essere stimati, di stimarsi, di accettarsi ed essere accettati.

Bisogno di Progettualità / Autorealizzazione

Riguarda le attività principali che l'individuo vuole fare, che sa fare e che lo realizzano.

Quando i bisogni fisiologici, come in questo gruppo, non sono soddisfatti dominano l'organismo e tutte le capacità sono impegnate nel soddisfarli; successivamente, quando questi bisogni vengono soddisfatti in modo adeguato, emergono quelli posti ai livelli più alti della piramide di Ma slow.

Obiettivi del Progetto Terapeutico

Riferiti al personale curante

1. Condividere un percorso di continuità assistenziale tra Ospedale e Casa Anziani attraverso l'individuazione e la predisposizione di adeguati strumenti operativi
2. Con questo progetto vogliamo rendere sensibile il personale curante delle case anziani e degli ospedali dell'importanza, in questo gruppo omogeneo di pazienti, di sorvegliare e monitorare dei parametri vitali,oltre ai segni e sintomi riguardanti la respirazione

Riferiti al paziente

1.Il paziente riceverà cure adeguate nel rispetto della sua integrità ed autonomia e stile di vita, e manterrà un'efficace funzionalità respiratoria.

2.Il paziente saprà gestire meglio tanto la fase acuta della crisi respiratoria che la fase cronica in quanto avrà la continuità assistenziale.

Continuità assistenziale

Fotografia della visione attuale

Proposta dello strumento di continuità assistenziale

La proposta del nostro lavoro, consiste nel creare un documento comune da allegare al rapporto di trasferimento classico e che disponga delle informazioni necessarie alla continuità assistenziale per questo gruppo omogeneo di pazienti. Questa scheda aiuterà a migliorare la presa a carico del paziente nella sua globalità.

Metodo del lavoro

Passaggio di informazione in questo momento

Nelle nostre realtà non esiste un documento specifico per la dimissione di questa utenza, vi è il rapporto di trasferimento ma le informazioni sul bisogno della respirazione si trovano sotto la voce osservazioni.

Inoltre in ospedale vi è il fisioterapista che si occupa della riabilitazione respiratoria, il quale non rilascia alcun documento specifico in merito alla situazione del paziente al momento della dimissione (ad esempio Walking Test).

Proposta di Metodo

La nostra proposta strategica consiste nell'inserire, nel rapporto di trasferimento infermieristico, una scheda di continuità assistenziale specifica per il bisogno dominante (quello di respirare) e rispettosa delle abitudini individuali. La parte inerente la respirazione potrà essere compilata in collaborazione con il fisioterapista che ha seguito durante tutta la degenza il paziente in ospedale; in essa egli descriverà le rilevanze dal suo operato. Infine, il medico di reparto con la sua firma, validerà il contenuto di tutta la scheda.

Il personale dell'ospedale contatterà personalmente il reparto della CPA e si accorderà circa la dimissione almeno due giorni prima della dimissione. in modo da continuare i trattamenti seguiti in ospedale.

Scheda di dimissione

In questa sede verrà spiegata la scheda di dimissione (vedi ALLEGATO 1) creata da noi per la problematica specifica respiratoria.

La scheda dà la fotografia del paziente all'uscita dall'ospedale, riguardante: i parametri vitali, la descrizione del tipo di dispnea, gli atti respiratori, i valori della saturazione, il carattere del respiro, la tosse, l'espettorato

Come spiegato qui di seguito, la scheda allegata al lavoro, è stata suddivisa in tre parti.

La prima riguarda i parametri vitali, segni e sintomi della BPCO compresi di descrizione della tosse,. etc.

La seconda riguarda le problematiche assistenziali dell'utente; in essa vengono ripresi in dettaglio terapia farmacologica, ossigenoterapia e il livello di autonomia che il soggetto ha, al momento della dimissione, nella gestione della sua terapia.

La terza e ultima parte informa circa la riabilitazione respiratoria, la mobilità e l'attività fisica intrapresa con valori sul Walking Test e gli stili di vita.

Nella scheda viene data informazione circa la effettuazione o meno della istruzione educativa (ad es: come si esegue….).

Implementazione della scheda

L'implementazione può essere attuata nelle nostre due realtà per circa sei mesi. Il personale curante sarà informato del progetto in entrambe le direzioni e i reparti avranno a disposizione questa scheda. Il modulo specifico per questo gruppo di

lentamente, non corro quasi mai. La Natura per me non è un campo da ginnastica.
negli alberi, nel prato, nei fiori. Le alte montagne sono per me un sentimento"

Reinhold Messner

utenti andrà allegato ogni qualvolta avvenga un loro ricovero in ospedale o viceversa.
Al momento della ricovero/dimissione di pazienti con problemi attivi inerenti la BPCO, tutti gli operatori coinvolti nella presa a carico di questa utenza dovranno segnalare con un apposito formulario il ricevimento della scheda, la completa e corretta compilazione e gli eventuali problemi o aspetti positivi.
Dopo 6 mesi di sperimentazione si farà un bilancio dell'esperienza fatta tramite un questionario (vedi ALLEGATO 2) su come è cambiata la visione di questi pazienti e se è migliorato il passaggio di informazione tra l'ospedale e la casa per anziani.

Valutazione dell'efficacia del Progetto Terapeutico

A un anno dall'applicazione del progetto potrà essere valutata la sua efficacia. Possono essere monitorare il quantitativo di schede compilate ad ogni dimissione del paziente specifico. Nell'ambito della scheda compilata si può quantificare la risposta dei colleghi circa l'utilità della scheda nella continuità assistenziale.
Inoltre si può valutare nel dettaglio come è stata compilata la scheda in modo che su ogni scheda venga scritta soprattutto la parte inerente i parametri vitali, quella che in fondo noi riteniamo essenziale per questa categoria di pazienti.

Criteri di Valutazione

Riteniamo che come criterio di valutazione sia importante che almeno 80 % delle schede allegate al rapporto di trasferimento sia compilato nella parte riguardante i segni vitali.
Un altro criterio di valutazione riguarda l'operatività di questa scheda stessa nella pratica quotidiana e nella presa a carico di questa utenza.
Ad un mese dal rientro in casa anziani quanti pazienti vengono di nuovo riospedalizzati per la stessa problematica.
Il paziente si sente meglio gestito, manifestando meno ansia riguardante la sua patologia (crisi dispnoiche, crisi notturne, Waltking Test,…)
Gli indicatori scelti per la valutazione fanno riferimento uno alla buona realizzazione del processo e l'altra al suo esito (che misura la riammissione a breve termine).

Conclusioni

Questo lavoro ha rappresentato una sfida non indifferente in quanto proveniamo da due realtà completamente diverse (acuto – cronico) che ci ha fatto riflettere sulle dinamiche di cura rivolte al paziente.
Ci ha fatto riflettere su quanto sia difficile trovare degli strumenti comuni che soddisfino le esigenze di entrambe le realtà.
Ci siamo rese conto che in merito a questa problematica ci sono molti studi scientifici sulle terapia medicamentose ma pochissimi studi in merito al nursing infermieristico.
E' stato difficile all'inizio trovare un linguaggio comune su cui iniziare, partendo dal fatto che i mezzi a disposizione sono diversi x entrambi.
Il nostro obiettivo era trovare una strategia efficiente/efficace che non aumentasse il lavoro burocratico già molto oneroso degli infermieri.
Alla fine del lavoro siamo state contente del fatto che con una scheda molto stilizzata abbiamo creato, uno strumento che migliora la presa a carico di questa utenza.
Non abbiamo potuto applicarlo sul campo, ma il passo successivo sarà di provare ad implementare il documento nelle nostre rispettive realtà e valutarne effettivamente l'efficacia.
La cosa interessante di questo progetto consiste nel focalizzare l'attenzione sulla continuità assistenziale.
L'uso di questa scheda potrebbe essere ampliato anche verso altri reti sanitarie (assistenza a domicilio, Hospice,…).

Bibliografia

www.apss.tn.it/Public/allegati/BPCO-p.pdf
www.obsan.ch/infos/publikationen/f/AD25_EpiAge_nurF.pdf
www.obsan.ch/infos/publikationen/f/AD25_EpiAge_nurF.pdf
http://www.apss.tn.it/public/allegati/BPCO-p.pdf
http://www.goldcopd.it/tabelle.htm
http://www.obsan.ch/infos/publikationen/f/AD25_EpiAge_nurF.pdf
http://www.wikipedia.it/
http://www.pneumonet.it/divulgativo/faq/bpco.html
Quaderni di Sanità Pubblica Salute 21 OMS 1998
CRS, Norme relative alla formazione livello cure infermieristiche, Berna,1992
Dalponte Adriana e Olivetti ManouKian Franca, "Lavorare con la cronicità", Roma ,Casa Editrice Carocci Faber, anno 2004.
Domenighetti, Gianfranco Presentazione di D. Pecorari "Il mercato della salute ignoranza o adeguatezza",Roma, Edizioni Internazionali ,anno 1999
Di Giulio, Paola "Problemi respiratori", Milano, casa editrice Masson, anno 1990
Majani, Giuseppina "Introduzione alla psicologia della salute", Trento, casa editrice Edizioni Erickson,anno1999
Monsignore, Giovanni "Insufficienza respiratoria", Milano, casa editrice Masson,anno1999.
Carta dei Servizi, Residenza Gemmo (Istituti Sociali Comunali della città di Lugano)

** SUPSI-DSAN-FC-DAS in Gerontologia e Geriatria - Stabio (Svizzera)*

[1] tratto da sito: www.apss.tn.it/Public/allegati/BPCO-p.pdf (visitato il 15.11.2007)
[2] tratto da sito: www.obsan.ch/infos/publikationen/f/AD25_EpiAge_nurF.pdf (visitato il 15.11.2007)
[3] tratto da sito: www.obsan.ch/infos/publikationen/f/AD25_EpiAge_nurF.pdf (visitato il 15.11.2007)
[4] Quaderni di Sanità Pubblica,Salute 21,OMS,1998
[5] CRS, Norme relative alla formazione livello cure infermieristiche, Berna,1992
[6] Carta dei Servizi, Residenza Gemmo (Istituti Sociali Comunali della città di Lugano)
[7] Carta dei Servizi, Residenza Gemmo (Istituti Sociali Comunali della città di Lugano)
[8] tratto da: "Wikipedia : the free encyclopedia. s.v. http://www.wikipedia.it/ [visitato il 30.11.2007]
[9] tratto da "www.apss.tn.it/Public/allegati/BPCO-p.pdf (visitato il 15.11.2007)
[10] tratto da: "http://www.goldcopd.it/tabelle.htm (visitato il 30.12.2007)
[11] tratto da: http://www.goldcopd.it/tabelle.htm (visitato il 30.12.2007)
[12] tratto da: "http://www.pneumonet.it/divulgativo/faq/bpco.html# 8 (visitato il 07.12.2007)
[13] tratto da: "Wikipedia : the free encyclopedia. s.v. http://www.wikipedia.it/ (visitato il 11.02.2008)
[14] tratto da "www.apss.tn.it/Public/allegati/BPCO-p.pdf Visitato il 15.11.2007)
[15] tratto da "www.apss.tn.it/Public/allegati/BPCO-p.pdf Visitato il 15.11.2007)

Allegato 1

SCHEDA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
Per paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva

Nome e Cognome del paziente _____
Medico di famiglia: _____
Domicilio [dove dimesso il paziente] e recapito telefonico _____
Familiare di riferimento _____ recapito telefonico: _____
Professione: _____
Fumatore: SI _____ NO _____ COSA: _____ QUANTO: _____

DESCRIZIONE DELLO STATO ATTUALE DEL PAZIENTE ALLA DIMISSIONE				
PARAMETRI VITALI	PESO: _____	ALTEZZA: _____	BMI: _____	TEMP: _____
PA _____	POLSO: _____	VEMS:* _____	CVF: * _____	
SAT. SENZA O2: _____	SAT. CON O2: _____	PEAKFLOW: _____	ATTI RESPIRATORI: _____	
CARATTERE RESPIRO:	SPASTICO ☐ SI ☐ NO	RANTOLANTE ☐ SI ☐ NO	FISCHIANTE SI NO	
DISPNEA: LIEVE ☐ SI ☐ NO	MODERATA ☐ SI ☐ NO	GRAVE ☐ SI ☐ NO	MOLTO GRAVE SI NO	
DISPNEA ☐ SI ☐ NO	A RIPOSO: ☐ SI ☐ NO	SOTTO SFORZO: ☐ SI ☐ NO	ALTRO: _____	
TOSSE ACUTA ☐ SI ☐ NO	CRONICA ☐ SI ☐ NO	SECCA ☐ SI ☐ NO	SPASTICA: ☐ SI ☐ NO	
ESPETTORATO	☐ SI	☐ NO	DI CHE TIPO: _____	
DOLORE TORACICO	☐ SI	☐ NO	DI CHE TIPO: _____	
CIANOSI ☐ SI ☐ NO	LABIALE ☐ SI ☐ NO	CUTANEA ☐ SI ☐ NO	DI CHE TIPO: _____	
IMPEGNO MUSCOLI ACCESSORI	QUALI: _____		ALTRO: _____	

***questa voce va compilata assieme al medico di reparto**

PROBLEMI ASSISTENZIALI DEL PAZIENTE ATTIVI AL MOMENTO DELLA DIMISSIONE

TERAPIA FARMACOLOGICA		
	QUALI _____	ORARI: _____
AERESOL; _____	_____	_____
DISKUS: _____	_____	_____
AUTONOMO: ☐ SI ☐ NO	RICEVUTO ISTRUZIONE: ☐ SI ☐ NO	BISOGNO D' ISTRUZIONE: ☐ SI ☐ NO
RISERVE: ☐ SI ☐ NO	SE DISPNEA: _____	SE TOSSE: _____
BPAP: ☐ SI ☐ NO	SE SAT < : _____	SE SAT < : _____

OSSIGENOTERAPIA					
OSSIGENOTERAPIA	☐	LITRI/MINUTO: _____	☐	ORE AL GIORNO: _____	☐
MASCHERINA + RESERVOIR	☐	OCCHIALINI	☐	MASCHERINA	☐
SONDINO NASALE	☐	RICEVUTO ISTRUZIONE	☐	BISOGNO D ISTRUZIONE	☐
AUTONOMO	☐	DEV'ESSERE STIMOLATO	☐	DEV'ESSERE SORVEGLIATO	☐
ALTRO: _____					

MOBILITA' E ATTIVITA' FISICA				
CAMMINA FREQUENTEMENTE		HA RICEVUTO ISTRUZIONE SU RISPARMIO ENERGETICO:	WALKING TEST: _____	
CAMMINA OCCASIONALMENTE		☐ SI ☐ NO	METRI SENZA DISPNEA: _____	☐
IN POLTRONA		QUANDO: _____	SCALE _____	☐
ALTRO _____				

STILI DI VITA E ABITUDINI				
RIPOSO / SONNO	PRESIDI UTILIZZATI:	☐	GINNASTICA RESPIRATORIA: _____	☐
POSIZIONE PREFERITA: _____	_____	☐	AUTONOMO	☐
QUANTE VOLTE SI SVEGLIA: _____	_____	☐	DEVE ESSERE STIMOLATO	☐
RISERVE X RIPOSO: _____	_____	☐	QUANTE VOLTE / DIE _____	☐
ALTRO: _____				

LUOGO E DATA: _____
FIRMA INFERMIERA: _____
CONVALIDA DEL MEDICO: _____
RECAPITO PER INFORMAZIONE: _____

Allegato 2

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Nome e cognome	dimesso dal reparto di	il	Scheda di continuità assistenziale compilata: ☐ Sì ☺ - ☐ No ☹ Quante compilate: _____ Erano complete: ☐ Sì ☺ - ☐ No ☹ Se NO, in quale parte: _____ Perché NO: _____ Vi è servito: ☐ Sì ☺ - ☐ No ☹ Mancano informazioni importanti ☐ Sì ☺ - ☐ No ☹ QUALI: _____	Note/commenti
Nome e cognome	dimesso dal reparto di	il	Scheda di continuità assistenziale compilata: ☐ Sì ☺ - ☐ No ☹ Quante compilate: _____ Erano complete: ☐ Sì ☺ - ☐ No ☹ Se NO, in quale parte: _____ Perché NO: _____ Vi è servito: ☐ Sì ☺ - ☐ No ☹ Mancano informazioni importanti ☐ Sì ☺ - ☐ No ☹ QUALI: _____	Note/commenti
Nome e cognome	dimesso dal reparto di	il	Scheda di continuità assistenziale compilata: ☐ Sì ☺ - ☐ No ☹ Quante compilate: _____ Erano complete: ☐ Sì ☺ - ☐ No ☹ Se NO, in quale parte: _____ Perché NO: _____ Vi è servito: ☐ Sì ☺ - ☐ No ☹ Mancano informazioni importanti ☐ Sì ☺ - ☐ No ☹ QUALI: _____	Note/commenti

Area Critica

Le infezioni gravi in terapia intensiva

Simonetta Corbelletti*

Quasi tutti gli uomini vivono, fisicamente, intellettualmente o moralmente, entro il cerchio d'una parte assai ristretta del loro essere potenziale. Fanno uso d'una piccolissima porzione della loro coscienza possibile e in generale delle loro risorse spirituali, più o meno come un uomo che contraesse l'abitudine di usare e muovere, del suo intero organismo, soltanto il dito mignolo. Situazioni d'emergenza e crisi ci dimostrano che possediamo risorse vitali assai superiori a quanto supponessimo.

William James

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

I pazienti ricoverati in Terapia Intensiva rappresentano in media il 5-10% dei ricoverati in ospedale ma sviluppano un quarto circa di tutte le infezioni acquisite nell'ambito del presidio ospedaliero (1, 2).
La principale causa di morte dei pazienti in Terapia intensiva è legata alla setticemia grave, allo shock settico e al danno multiorgano che si sviluppa come evoluzione negativa della setticemia stessa (3,4).
In un terzo delle sepsi l'apparato respiratorio è il più comune sito di infezione (68%) seguito dal distretto addominale (22%).
Le variabili indipendentemente associate a mortalità nei pazienti con sepsi sono:
- un bilancio dei fluidi non corretto
- un elevato SAPS score all'ingresso (Simplified Acute Physiology Score – vengono raccolti i valori peggiori nelle prime 24 ore- indice di mortalità)
- l'età
- la presenza di comorbidità gravi (SOFA score – Sepsis-related Organ Failure Assessment – valuta l'insufficienza d'organo)
- il riscontro di emocolture positive
- l'eziologia da *P. aeruginosa*

Definizione aggiornata di sepsi:

- > 38.3 / < 36° C
- FC > 90/minuto
- FR > 20/minuto
- Leucociti >12.000 / < 4.000/ mmc
- Glicemia >120 mg/dl
- Lattati > 2 mmol/L
- Refilling > 2 secondi
- Alterato mental status
- Incremento PCR o PCT > 2 volte il limite superiore di norma.

L'iperglicemia in assenza di diabete mellito noto e l'incremento significativo di Proteina C Reattiva (PCR) e/o Procalcitonina (PCT) rappresentano parametri correlabili allo stato di infiammazione, mentre il refilling e l' incremento dei lattati esprimono con grande affidabilità una condizione di ipoperfusione, per disfunzione d'organo e quindi una evoluzione clinica sfavorevole.
Attualmente, il metodo diagnostico di riferimento per le sepsi è l'emocoltura e, visti i tempi necessari per giungere alla identificazione del patogeno mediante questa indagine, spesso viene attuata una terapia antibiotica empirica ad ampio spettro. Il tempo necessario per giungere all'identificazione del patogeno è di solito non inferiore alle 48 ore e l'incubazione totale prima dell'emissione del referto di negatività viene stabilita dagli standard in 7 giorni.
La **"sepsi"** è la risultante di una complessa interazione tra microrganismi infettanti e risposta infiammatoria, immunitaria e procoagulante dell'ospite, responsabile da un lato di un aumento dei fabbisogni energetici, dall'altro di un incapacità di estrazione di ossigeno e di un'ipossia tissutale globale che contribuisce a sostenere il processo infiammatorio.
La **"sepsi grave"** è definita come una ipoperfusione o disfunzione di uno o più organi (ipotensione, ipossiemia, oliguria, acidosi metabolica, trombocitopenia, alterazioni del sensorio);
lo **"shock settico"** è definito da un'ipotensione arteriosa, refrattaria al riempimento volemico ed associata a disfunzione multiorgano.
Sia la capacità di risposta dell'ospite che le caratteristiche del microrganismo infettante influenzano l'outcome della sepsi.
La sepsi severa rappresenta la causa più frequente di CID (Coagulazione Intravascolare Disseminata). La fase iniziale essenzialmente trombotica, è seguita da una fase successiva dove il consumo dei fattori e lo stato d'iperfibrinolisi secondaria portano alle manifestazioni emorragiche che più spesso ne permettono la diagnosi. Nei pazienti con sepsi si riscontra una carenza di proteina C attivata .
Tale proteina esplica attività anticoagulante, profibrinolitica e antinfiammatoria. Attualmente la proteina C attivata (drotrecogin alfa) è la sola molecola innovativa recente che permette di ridurre la mortalità e migliorare la disfunzione organica.
L'operatore sanitario, che svolge la propria attività nella terapia intensiva, essendo costantemente a contatto con pazienti critici, è costretto quotidianamente a confrontarsi con problematiche infettivologiche per la prevenzione, la sorveglianza e aspetti inerenti la diagnosi, la terapia e l'assistenza.
Vengono considerate nosocomiali, le infezioni che si manifestano in pazienti ospedalizzati da più di 48 ore e che sono causate da agenti patogeni acquisiti durante l'ospedalizzazione stessa.
Per la loro frequenza, le infezioni nosocomiali rappresentano un problema di grande rilevanza (6) nei reparti di Terapia Intensiva in quanto l'incidenza di tali infezioni è di 3-4 volte superiore rispetto agli altri reparti e costituisce la più elevata causa di morbilità e di mortalità (7):
Nel determinismo delle infezioni ospedaliere sono chiamate in causa sia fattori ambientali, comuni a tutti i reparti di degenza, sia fattori specifici quali:
- le condizioni cliniche del paziente che ne possono ridurre le difese immunitarie rendendoli più suscettibili alle infezioni (trasfusioni, farmaci immunosoppressori, traumi, ecc.);
- le manovre invasive effettuate a scopo diagnostico e terapeutico (cateterismo venoso e arterioso, cateterismo vescicale, intubazione tracheale, ventilazione meccanica, drenaggi chirurgici…)(8. 9);
- l'invasività dell'assistenza (per es. broncoaspirazione, alimentazione per sonda, ecc.) che si rende necessaria per le condizioni critiche dei malati e si associa ad un maggior rischio di infezioni crociate per i frequenti contatti assistenziali.

Sono considerate infezioni acquisite solo quelle che insorgono dopo una permanenza del paziente di almeno tre giorni nel reparto di Terapia Intensiva. Eventuali complicanze infettive che insorgono entro le prime 72 ore dal ricovero sono da considerarsi acquisite nei reparti di provenienza o in ambiente comunitario. (10. 11).
In Terapia Intensiva, la frequenza di infezioni sostenute da ceppi batterici resistenti è molto più elevata rispetto ai reparti di comune degenza (12. 13). Ciò è conseguenza del frequente ricovero di pazienti precedentemente colonizzati con patogeni resistenti, del diffuso utilizzo di terapia antibiotica empirica ad ampio spettro e dell'elevata frequenza di contatti assistenziali non protetti (14, 15).
Lo scopo dello studio è stato pertanto conoscere quali sono le infezioni più frequenti della nostra Rianimazione, quali i patogeni più rappresentati, lo stato delle resistenze agli antibiotici al fine di verificare se i comportamenti clinico-assistenziali attualmente impiegati siano congrui o necessitino di implementazioni ed accorgimenti atti a modificare l'outcome dei pazienti ricoverati considerando tre patologie di comune riscontro in ambiente intensivo ovvero :
- VAP (Ventilator-associated pneumonia);
- IVDRI (Intra-Vascular Device-Related Infection);
- UTI (Urinary Tract Infection)

LE INFEZIONI PIU' FREQUENTI

VAP Ventilator-associated pneumonia

Polmonite acquisita in ospedale in pazienti che necessitano di ventilazione meccanica attraverso tubo endotracheale o con tubo tracheostomico entro le prime 48 ore dal momento dell'ingresso in ICU. L'intubazione e la ventilazione alterano le prime difese del paziente. I ricoverati in terapia intensiva specie se sottoposti a ventilazione meccanica presentano un rischio elevato d'insorgenza d'infezioni respiratorie. Questo rischio è in parte attribuibile al trasferimento di ppm (microrganismi potenzialmente patogeni) dall'orofaringe all'albero respiratorio. Questi batteri si possono trovare aggregati nella parte distale del tubo endotracheale a formare un glicocalice (biofilm) che li protegge dall'azione dei meccanismi di difesa del paziente così come dagli antibiotici. Possono embolizzare verso l'albero respiratorio inferiore rappresentando un ripetuto "inoculum" di germi.
Si definiscono **polmoniti ad insorgenza precoce**, EOP (early onset) quelle forme di infezione polmonare che si manifestano dopo 48 ore dall'intubazione tracheale ed entro i primi tre-quattro giorni dal ricovero. Tali infezioni sono normalmente sostenute da batteri che possono essere presenti comunemente nell'orofaringe come lo *S.aureo, H. influenzae, Streptococcus spp*.
Si definiscono ad **insorgenza tardiva**, LOP (late onset) le infezioni polmonari che si manifestano dopo 72 ore e sono causate da patogeni più virulenti e spesso antibiotico resistenti.
- *S. aureo* Meticillino Resistente (MRSA) : emerso alla fine degli anni '70, endemico in molti ospedali. Recentemente sono divenuti un problema anche in strutture per lungodegenti, ospizi per anziani e ambulatori. Sono frequentemente introdotti in una struttura sanitaria da un paziente o da un operatore colonizzati (soprattutto a livello delle narici) o infetti.
- Enterobatteriacee (*Klebsiella spp. , P. mirabilis , E. coli)*
- Bacilli Gram – non fermentanti (*P. aeruginosa, Acinetobacter spp., S. maltophilia)*

L'insorgenza di VAP dipende da alcune variabili: durata della ventilazione meccanica, gravità della malattia di ammissione in ICU, tipo di patologia (chirurgica, medica, traumatica), età del paziente.
La diagnosi di VAP dovrebbe iniziare con un'ampia anamnesi ed esame obiettivo ed una radiografia del torace per determinare il grado di interessamento del parenchima e la presenza di eventuali complicanze quali ad esempio un versamento pleurico. Altri criteri spesso applicati per la diagnosi di VAP sono la presenza di un nuovo infiltrato polmonare con almeno due elementi tra:
- febbre superiore ai 38°C
- leucocitosi o leucopenia
- secrezioni purulente.

IVDRI (Intra-Vascular Device-Related Infection)

Nella gestione dei pazienti critici ricoverati in Terapia Intensiva e in tutti i casi in cui l'approccio terapeutico è complesso, disporre di un valido accesso venoso, facilita il processo assistenziale e curativo che in maniera sempre più frequente non avviene solo in ospedale ma può avere continuità presso le strutture deospedalizzate come gli Hospice, le Residenze Sanitarie e Riabilitative, l'assistenza in ADI e in qualsiasi altra tipologia organizzativa di assistenza al domicilio del malato.
Questo significa che tutti gli infermieri, a prescindere da quale sia l'ambito lavorativo, che assistono una persona che necessita di terapie endovenose, devono essere in grado di gestire un accesso venoso centrale e/o periferico.
L'evoluzione della professione infermieristica, sia in termini di competenze che di responsabilità, sancite anche dalla normativa (D.M. 739/94 relativo al profilo professionale, la L.42/99 che finalmente definisce l'infermieristica come professione sanitaria), nonché dal codice deontologico del 1996, richiedono per gli infermieri, anche in merito alle problematiche relative agli accessi venosi, un ruolo fondamentale sia nella gestione che nell'informazione e nell'educazione dell'utente. E' necessario che gli Infermieri siano consapevoli del ruolo che rivestono in questo aspetto della loro professione, siano preparati ad agire con appropriatezza e competenza e quando ritengono che questa non sia sufficiente sentano il dovere/bisogno di formazione ed aggiornamento.
Una adeguata formazione e l'aggiornamento continuo consentiranno agli operatori sanitari di:
- Ottenere conoscenze ed acquisire abilità pratiche nella gestione degli Accessi Venosi
- Essere in grado di prevenire le complicanze correlate alla presenza del presidio, di riconoscerle precocemente ed attuare interventi adeguati.
- Essere in grado di elaborare ed implementare un protocollo scritto, basato sulle evidenze scientifiche.

Queste sono le premesse per assicurare un servizio di qualità e per raggiungere e mantenere i seguenti standard di risultato:
- Mantenimento del presidio venoso per tutto il tempo necessario alla cura del paziente.
- Assenza di complicanze
- Soddisfazione del paziente
- Collaborazione col paziente nella gestione dell'accesso venoso.

Patogenesi

La più frequente via di infezione per gli accessi venosi a breve termine è la migrazione di microrganismi dalla cute al sito di inserimento attraverso il tratto cutaneo del catetere, con
la conseguente colonizzazione della punta dello stesso. Occasionalmente i cateteri possono contaminarsi per via ematogena a partire da un altro focolaio di infezione. Raramente la contaminazione di soluzioni infuse per via endovenosa porta ad una CRBSI (Catheter Related Blood Stream Infection).

Epidemiologia e microbiologia

I germi più frequenti coinvolti nelle infezioni di catetere sono gli stafilococchi coagulasi-negativi (che includono *S. epidermidis* ed altri), seguiti da *S. aureo*, da bacilli aerobi Gram negativi, da altri cocchi e bacilli Gram positivi, da *Candida spp.* e altri funghi.
RACCOMANDAZIONI CDC (Center for Disease Control) di Atlanta, PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI ASSOCIATE A CATETERE INTRAVASCOLARE.
Le *Linee Guida per la Prevenzione delle Infezioni Associate a Dispositivi Intravascolari* hanno l'obiettivo di ridurre le infezioni fornendo una panoramica delle evidenze per le raccomandazioni considerate prudenziali da un "consensus" dei membri dell'Hospital Infection Control Practices Advisory Commitee (HICPAC).
Le linee guida (L.G.) definiscono la diagnosi di infezione associata a catetere, le precauzioni di barriere appropriate durante l'inserimento del catetere, l'intervallo di sostituzione dei cateteri, i liquidi d'infusione e i set di somministrazione, la gestione del sito d'inserimento, il ruolo del personale specializzato nelle procedure intravascolari e l'uso della profilassi antibiotica, delle soluzioni di lavaggio e degli anticoagulanti.
Le L.G. e le raccomandazioni in esse contenute, frutto di evidenze scientifiche, costituiscono elementi di referenza per la realizzazione di protocolli, contribuiscono a modificare le abitudini e i comportamenti dei professionisti, a evitare l'impiego di procedure inefficaci o talvolta dannose e quindi dare risposte nella gestione dei presidi venosi.

Fattori di rischio e prevenzione

Nelle ultime due decadi è stato dimostrato in maniera inequivocabile che il rischio di infezione diminuisce in seguito alla standardizzazione delle procedure assistenziali asettiche, e che l'inserimento e la gestione di cateteri intravascolari da parte del personale senza esperienza specifica può aumentare il rischio di colonizzazione del catetere

e di CRBSI. Team specializzati nella terapia endovenosa riducono efficacemente l'incidenza di infezioni associate a catetere, le loro complicanze e i costi.
La densità della flora cutanea in corrispondenza del sito di inserimento del catetere è uno dei principali fattori di CRBSI. I cateteri a breve termine inseriti con metodica assiale in una vena giugulare interna sono stati associati ad un rischio di infezione più elevato rispetto a quelli inseriti nella vena succlavia o femorale, forse per la medicazione più difficoltosa in questa zona e per la possibile contaminazione da parte delle secrezioni respiratorie. Vanno evitati gli inserimenti di cateteri in prossimità di focolai infettivi o di zone ad alta carica batterica (tracheotomie, ad esempio). E' stato dimostrato che i cateteri femorali a breve termine hanno tassi di colonizzazione relativamente elevati quando usati negli adulti. Gli incannulamenti femorali dovrebbero quindi essere riservati alle situazioni di emergenza, quando non sia disponibile nessun altro accesso vascolare, e rimossi appena possibile.

Gestione del catetere

L'inserimento di AVC è associato ad un alto rischio di infezioni; le massime precauzioni sterili di barriera (cappellino, maschera, guanti sterili, ampi telini) durante l'inserimento, dopo una buona igiene delle mani associata all'uso di prodotti alcolici senza acqua o di un sapone antibatterico ed acqua con adeguato risciacquo, riducono in maniera significativa l'incidenza di CRBSI rispetto alle precauzioni standard (soli guanti sterili e telini piccoli).
La tintura di clorexidina gluconato allo 0,5% non è più efficace del povidone iodico al 10% nel prevenire la CRBSI o la colonizzazione del AVC. E' stato evidenziato come la preparazione di siti arteriosi e venosi centrali con una soluzione al 2% di clorexidina gluconato sia in grado di ridurre efficacemente i tassi di CRBSI rispetto alla preparazione del sito fatta con povidone iodico al 10%.
Un presidio composto da una spugna impregnata di clorexidina posta sul sito di emergenza di AVC e di cateteri arteriosi a breve termine è in grado di ridurre in maniera significativa il rischio di colonizzazione del catetere di CRBSI.
La sostituzione dei set per l'infusione endovenosa entro 72 ore dall'inizio dell'impiego riduce l'incidenza di CRBSI ed è associato ad un favorevole rapporto costo-efficacia.
Cambi più frequenti dei "set" di infusione sono indicati quando viene somministrato un liquido che aumenta la probabilità di crescita batterica (ad esempio emulsioni di lipidi e prodotti del sangue).
I presidi Needeless systems o cappucci a valvola sono impiegati per evitare l'utilizzo di aghi e conseguente rischio di puntura accidentale. Tali sistemi non riducono per sé il rischio d'infezione in quanto si rende necessaria l'applicazione rigorosa dei metodi di disinfezione del connettore stesso, prima di ogni accesso con una combinazione di clorexidina alcolica spray.

- nima quantità di sangue che può rimanere negli accessi dei rubinetti di raccordo o nello spazio esistente tra la parete esterna ed il tamburo del rubinetto può fungere da terreno di coltura, pertanto il prelievo da CVC è sconsigliato nella routine giornaliera e relegato ai casi particolari di pazienti privi di vene periferiche.
- Nel caso in cui si renda necessario eseguire il prelievo ematico dal CVC, procedere con un lavaggio di 20cc di soluzione fisiologica aspirare ed eliminare 10cc di sangue ed eseguire il prelievo.
- Non somministrare di routine farmaci antimicrobici prima dell'inserimento o durante l'uso di dispositivi intravascolari allo scopo di prevenire la colonizzazione del catetere.
- Affidare l'inserzione e la gestione del dispositivo a personale esperto.

Sostituzione del catetere

Esiste una correlazione tra incidenza di CRBSI e durata di permanenza "in situ" di un CVC. Ciononostante, il cambio programmato dei cateteri centrali come metodo per ridurre le CRBSI non appare efficace. Pertanto, il cambio di routine dei CVC non è utile o necessario per i cateteri funzionanti che non abbiano evidenza di complicazioni locali o sistemiche.

Definizioni relative alle infezioni dei dispositivi intravascolari:

Contaminazione - Accidentale inquinamento del materiale prelevato per coltura (sangue o catetere)

Colonizzazione - Crescita non significativa sulla punta del catetere o a livello dell'imbocco del catetere di un microrganismo in coltura quantitativa (< 100 CFU – Unità Formanti Colonie)

Infezione del sito d'ingresso

- Clinica: eritema, tumefazione ed edema entro due centimetri dal sito di uscita del catetere, associati o meno ad altri segni o sintomi d'infezione con o senza concomitante infezione ematica
- Microbiologia: colturale positivo sull'essudato all'uscita del catetere, senza o con una concomitante infezione ematica.

Infezione ematica

- Correlata alla infusione: crescita concordante dello stesso microrganismo dalla emocoltura e dal liquido di infusione senza altre fonti identificabili di infezioni
- Correlata al catetere: batteriemia o fungemia in un paziente portatore di accesso venoso centrale e più di una coltura positiva di campioni ottenuti da catetere centrale e dalla vena periferica.

UTI – Urinary tract infection

Le vie urinarie costituiscono la principale sede di infezione contratta in ambiente ospedaliero, rappresentando circa il 40% delle infezioni nosocomiali. Nella stragrande maggioranza dei casi esse si associano all'applicazione di un catetere vescicale o ad altre manovre strumentali sulle vie urinarie.

Eziopatogenesi
Circa il 15-25% dei pazienti ricoverati in ospedale è sottoposto a cateterismo vescicale per uno dei seguenti motivi:

- ritenzione urinaria
- incontinenza urinaria
- monitoraggio della diuresi in presenza di patologie particolarmente severe
- interventi chirurgici (per motivi anestesiologici o correlati all'intervento stesso)

Il tempo medio di permanenza del catetere è di circa due giorni. In presenza di un catetere vescicale con un sistema aperto di raccolta delle urine la batteriuria è un'evenienza pressoché inevitabile (100% dopo 3-4 giorni).
Fin dai primi anni del novecento si intuì l'efficacia dei sistemi di raccolta delle urine non in continuità con l'esterno (sistemi chiusi). Tuttavia occorre attendere fino agli anni '60
perché tali sistemi di raccolta vengano impiegati diffusamente, consentendo di ridurre considerevolmente lo sviluppo della batteriuria, senza tuttavia eliminarla completamente. L'applicazione di un catetere vescicale con il sistema di raccolta chiuso si associa ad un incidenza di batteriuria di circa il 3-10% al giorno. Dopo 30 giorni quindi il 100% dei soggetti cateterizzati presenterà necessariamente una batteriuria. Questo periodo di tempo è stato scelto per distinguere il cateterismo breve e a lungo termine. Poco tempo dopo l'inserzione di un catetere vescicale, un biofilm costituito da glicoproteine e polisaccaridi inizia a depositarsi sulla superficie del catetere. In tale matrice i batteri possono aderire, accrescersi e migrare lungo il catetere, fino a raggiungere la vescica. Anche dopo la rimozione del catetere vescicale il paziente può rimanere a rischio di batteriuria per almeno 24 ore.

Fattori di rischio per le infezioni urinarie nosocomiali

- Cateterismo Vescicale e altre manovre invasive sulle vie urinarie
- Tempo di permanenza del catetere vescicale
- Sistema di raccolta delle urine aperto
- Diabete mellito
- Sesso femminile
- Cateterismo per motivi diversi dalla raccolta delle urine durante intervento chirurgico
- Innalzamento della creatininemia
- Errori della gestione del catetere vescicale
- Età avanzata
- Immunocomprimissione

La maggior parte delle infezioni urinarie ospedaliera è endogena (germi provenienti dalla flora batterica intestinale), la restante risulta determinata da microrganismi veicolati dalle mani del personale sanitario, del paziente o presenti su materiale contaminato. Mentre le infezioni delle vie urinarie comunitarie sono dovute nella maggior parte dei casi ad un singolo microrganismo (generalmente *E. coli*), le infezioni nosocomiali sono spesso polimicrobiche, soprattutto se dovute ad un cateterismo vescicale prolungato (>30 giorni).
La porta d'ingresso dei batteri è rappresentata dallo spazio esistente fra il catetere e la mucosa uretrale o dal lume del catetere (ciò si verifica comunemente se si interrompe la connessione del catetere con il tubo di drenaggio o se la sacca di raccolta viene manipolata in maniera impropria). Una parte dei batteri entra in vescica sospinta dal catetere stesso durante la sua applicazione: questo accade soprattutto nei paziente con incontinenza fecale o comunque con una scarsa igiene del perineo o per inadeguata disinfezione della zona del meato uretrale esterno. I batteri soprattutto i generi *Proteus* e *Pseudomonas* , tendono a colonizzare le pareti del catetere e risultano protetti dall'azione degli antibiotici grazie ad un biofilm composto da glicocalice.

Complicanze
Nella maggior parte dei casi la batteriuria associata al cateterismo vescicale è asintomatica.
In circa il 30% dei casi si può verificare febbre o segni-sintomi di infezione delle vie urinarie. Nonostante l'elevato tasso di batteriuria in pazienti ospedalizzati, la manifestazione clinica dell'infezione, correlata alla diffusione retrograda alle vie urinarie superiori o sistemica con batteriemia, è sorprendentemente rara.

Prevenzione della batteriuria

- Impiego di catetere vescicale solo in casi estremamente necessari
- Applicazione del catetere vescicale in asepsi
- Impiego di sistemi di raccolta delle urine chiusi con flusso unidirezionale
- Rimozione del catetere non appena possibile
- Sostituzione del catetere solo in caso di malfunzionamento, ostruzione, incrostazioni
- Separazione dei pazienti con batteriuria.

Si dovrà quindi sensibilizzare il personale infermieristico riguardo ai rischi connessi all'apertura del sistema.

- L'inserimento del catetere deve avvenire in condizioni asettiche, con l'impiego di guanti sterili, disinfettando la zona del meato uretrale ed utilizzando un preparato lubrificante sterile.
- Il catetere non deve mai essere staccato dal sistema di drenaggio monouso sterile, neanche per eseguire irrigazione alla vescica, può anzi favorire l'ingresso di germi.
- La sacca di raccolta dell'urina deve essere mantenuta al di sotto del livello della vescica e non deve toccare il pavimento.
- Il catetere deve essere piccolo di diametro e morbido, a meno che non sussista la necessità di evacuare coaguli ematici.
- Nel paziente di sesso maschile il catetere deve essere ribaltato e fissato sull'addome per ridurre il rischio di decubito sulla parete ventrale del meato uretrale esterno.
- Il personale sanitario deve lavarsi accuratamente le mani prima e dopo aver toccato qualsiasi parte del sistema di raccolta delle urine, per ridurre al minimo ogni contaminazione crociata.

Alcuni concetti da "sfatare"

- Non aumentare il diametro del catetere se si verificano fughe di urina attorno al catetere (le fughe sono dovute nella grande maggioranza dei casi a contrazioni vescicali e non ad una beanza dell'uretra).
- Non riempire eccessivamente il palloncino del catetere vescicale per ridurre il rischio di fuoriuscita (6-7ml al massimo); il palloncino va riempito maggiormente solo in alcuni casi particolari in cui il collo della vescica è beante, come nei pazienti prostatectomizzati o alcuni pazienti portatori di vescica neurologica.

Non eseguire la manovra dell'apertura e chiusura ad intermittenza del catetere: non ha alcun significato rieducativo ed espone maggiormente al rischio di infezioni e di formazioni di calcoli.

MATERIALI E METODI

Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti ricoverati tra il 1° Gennaio e il 31 Dicembre 2007 presso il Centro di Rianimazione dell'Ospedale S.Andrea di Vercelli.
Il nuovo Centro di Rianimazione dell'Ospedale S. Andrea di Vercelli è stato inaugurato nell'ottobre 2002, con impianti complessi e strutture all'avanguardia. E' una struttura di circa 1000 m^2, metà degenza e metà servizi. I posti letto sono 9, più 2 posti per il trattamento urgente di pazienti afferenti direttamente dall'esterno o dall'interno (pronto soccorso, reparti, sale operatorie). E' dotato dell'impiantistica prevista per le strutture di questo tipo: condizionamento e ricambi dell'aria, gruppo elettrogeno e di continuità, circuiti di protezione elettrica, impianti di gas medicali e di aspirazione.
I letti sono distribuiti in 2 camere singole (di isolamento), 2 camere a 2 letti e un salone a 3 posti e una sala urgenza a 2 posti. La superficie a disposizione per ogni posto letto è superiore a 20 m^2 con disponibilità di 360° del posto letto e i servizi elettrici e pneumatici sono portati ad ogni posto mediante supporti pensili a due bracci, di concezione tecnica molto avanzata. Tali strutture fungono anche da sostegno per tutti gli strumenti (monitoraggio, pompe di infusione, altri piccoli strumenti fissi o mobili, talvolta i respiratori stessi). Dietro ogni posto letto si trova un lavandino con fotocellula e distributore di sapone antisettico. Il Centro è dotato di una consolle centrale a cui afferiscono tutti i segnali del monitoraggio di ogni paziente (elettrocardiogramma, emodinamica , livelli di ossigenazione e altri parametri respiratori e/o i parametri del ventilatore automatico ecc.).
Oltre alla tecnologia di rilevazione, trasmissione e centralizzazione sofisticata, si sono operate alcune scelte, degli arredi stessi (carrelli, armadi, ecc.) finalizzate a rendere il lavoro più funzionale.
E' noto che, a dispetto della tecnologia avanzata e della sofisticazione delle cure, il paziente degente in Terapia Intensiva è a rischio di infezioni per molteplici aspetti quali :

- fattori sistemici: diabete, immuno -depressione e trauma;
- fattori respiratori: ventilazione artificiale meccanica (VAM), intubazione, uso di umidificatori e presenza di secrezioni bronchiali abbondanti;
- farmacologici: uso di steroidi, benzodiazepine, oppiacei, barbiturici e nutrizione parenterale totale (NPT);
- procedimenti invasivi: posizionamento di cateteri venosi centrali (CVC), arteriosi, vescicali, applicazione di sonda naso-gastrica, e drenaggi toracici e addominali.

Per tutti i pazienti oggetto dello studio è stato calcolato il SAPS 3 all'ingresso (Simplified Acute Physiology Score , indice predittivo di mortalità)
Sono stati valutati i pazienti in terapia antibiotica empirica , quelli in profilassi medica e chirurgica.
All'atto del ricovero, prima di ogni terapia antibiotica, i pazienti sono stati sottoposti ai seguenti esami microbiologici:

- broncoaspirato
- urinocoltura
- tampone nasale
- tampone faringeo
- tampone rettale al fine di identificare i potenziali patogeni per la "early hospital acquired infections" (11, 16).

Il soggetto proveniente per trasferimento da altro nosocomio viene collocato in stanza singola, attrezzata per essere autonoma, sino a verifica della negatività colturale ai tamponi di sorveglianza (nasale e rettale) .
Quando questo non sia possibile, si procede ad un rigoroso isolamento tecnico .
Tutti i test microbiologici sono effettuati dal Servizio di Microbiologia del nostro ospedale che provvede anche a definire la frequenza dell'isolamento dei microrganismi e la relativa sensibilità riscontrata nei campioni di sorveglianza rispetto al reparto.

RISULTATI

Nel periodo di tempo considerato sono stati ricoverati 376 pazienti di cui 200 (53,2%) per trasferimento interno da altro reparto e 37 (9,8%) da altri Presidi Ospedalieri mentre 139 (37 %) pazienti sono giunti dalla comunità attraverso il Pronto Soccorso .
Dei 376 pazienti presi in considerazione, 207 erano maschi (55,1%) e 169 femmine (44,9%).
L'età media era di 66,1 aa (min- max 16- 97 aa); la durata massima della degenza è stata pari a giorni 104, la minima di 1 giorno ed una degenza media di 7,6 giorni e la mediana di 3 giorni.
Le patologie per cui è stato necessario il ricovero in terapia intensiva sono state:

- insufficienza respiratoria riacutizzata in pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) (n. paz. 233 = 62,1%)
- neurologica (n. paz 195 =52%)
- postoperatorio in interventi di chirurgia elettiva e d' urgenza (n. paz 59 = 15,7%)
- cardiocircolatoria (n. paz 44 = 11,7%)
- politrauma (n. paz 37 = 9,9%)

I pazienti sono stati sottoposti alle seguenti procedure:

- Ventilazione meccanica: 243 (64,8%)
- Ventilazione non invasiva: 25 (6,7%)
- Confezionamentotracheo omia percutanea : 21 (5,6%)
- Posizionamento CVC: 314 (83,7%)
- Nutrizione parenterale 111 (29,6%)
- Nutrizione enterale 96 (25,6%)
- Depurazione renale extracorporea 7 (1,9%)
- Supporto cardiaco meccanico 2 (0,5%)
- Reintubazioni 10 (2,7%)

L'indice medio del SAPS 3 risulta di 65,1, con una mortalità ospedaliera attesa, del 44,9%.
Il 75,4% dei pazienti (266) sono stati trasferiti in altra struttura, mentre il 24,6% (87) è deceduto durante la degenza nel nostro reparto .
Le infezioni preesistenti all'ammissione in T.I. sono state rilevate in 63 paz (16,8%); non sono state rilevate infezioni all'ammissione in 313 paz (83,2%)
I pazienti, la cui degenza è risultata complicata da infezioni manifestatesi dopo tre giorni dall'accesso in terapia intensiva e pertanto definite come acquisite sono stati 43 (13,7 %).

Tabella 1 - *Tipologia di isolamento per materiali*

Germi	Basse vie resp	Alte vie resp	Urina da catetere	Sangue	Cateteri vascolari
Staphylococcus A.	16,94%	42,79%	---	---	11,76%
Pseudomonas A.	21,90%	5,58%	11,96%	---	---
Candida A.	13,22%	17,21%	25,00%	10,98%	11,76%
Escherichia C.	9,50%	7,91%	21,74%	3,66%	5,88%
Klebsiella P	---	---	4,35%	4,88%	11,76%
Staphylococcus epiderm	---	---	---	31,71%	---

A fronte di una percentuale stimata di VAP pari all'8-28% dei pazienti che ricevono ventilazione meccanica e con una mortalità variabile tra il 25 e il 50% con punte sino al 76%, (39) nella nostra casistica la diagnosi di VAP è stata posta in 21 pazienti pari al 8,6%. con una mortalità ascrivibile a tale patologia del 33% (7 pz). La tipologia dei microrganismi in causa viene di seguito riportata.

Tabella 2

Germi più frequentemente identificati nelle basse vie respiratorie in paz con IET	Percentuale
P.aeruginosa	21,90%
S.aureo	16,94%
C.albicans	13,22%
E.coli	9,50%
P.mirabilis	4,13%
C.striatum	3,72%
K. pneumoniae	3,31%

Vengono di seguito riportati i dati relativi alle colture di sorveglianza eseguite su tutti i pazienti all'atto del ricovero in rianimazione (essudato faringeo, nasale e tampone rettale)

Tabella 3

Germi più frequentemente identificati nelle alte vie respiratorie in paz con IET	Percentuale
S. aureo	42,79%
C. albicans	17,21%
E.coli	7,91%
P. aeruginosa	5,58%
C. glabrata	4,65%
E. cloacae	1,86%
K.pneumoniae	1,86%
P.mirabilis	1,86%

TIPOLOGIA DI ISOLAMENTO

Tabella 4

Germi	Essudato faringeo	Essudato nasale	Tampone rettale
Staphylococcus a:	30,43%	64,94%	
C. albicans	21,74%	9,09%	
E. coli.	10,14%	3,90%	
P.aeruginosa.	5,80%	5,19%	
C.parapsilosis	7,97%	2,60%	
C. glabrata	5,80%	2,60%	
VRE			0%
ESBL			19%

Sono di seguito riportati i patogeni di più frequente riscontro nei pazienti portatori di accessi vascolari centrali.

Tabella 5

Germi più frequentemente identificati nei pazienti portatori di AVC	Percentuale
C. albicans	11,76%
K. pneumoniae	11,76%
P. mirabilis	11,76%
S.epidermidis	11,76%
E. coli	5,88%
E. cloacae	5,88%

Sono di seguito riportati i patogeni di più frequente riscontro nei pazienti portatori di catetere vescicale.

Tabella 6

Germi più frequentemente identificati nelle urine in portatori di catetere vescicale	Percentuale
C.albicans	25,00%
E. coli	21,74 %
P. aeruginosa	11,96%
C. parapsilosis	7,61%
P. mirabilis	6,52%
Enterococcus spp.	5,43 %
K. pneumoniae	4,35 %
C. glabrata	3,26 %

Per quanto concerne la chemiosensibilità viene di seguito riportato l'andamento delle resistenze/sensibilità nelle aggregazioni germe sentinella/antibiotico maggiormente isolati dalle diverse tipologie di materiale. Tabella 7,8,9,10,11,12.

Tabella 7 - Andamento delle Resistenze/Sensibiltà di ***S.aureo***

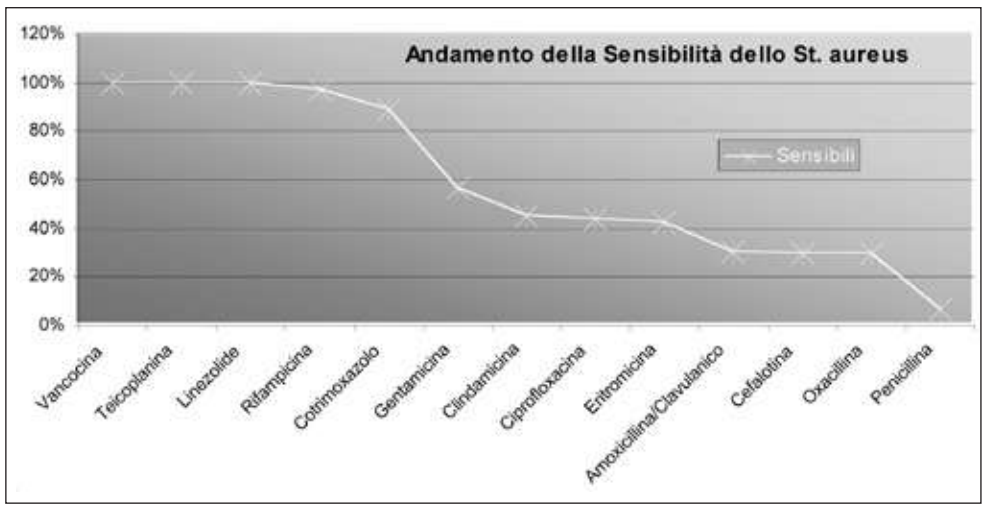


Tabella 8 - Andamento della chemiosensibilità negli Enterobatteri (*E.coli, K.pneumoniae, P.mirabilis*)

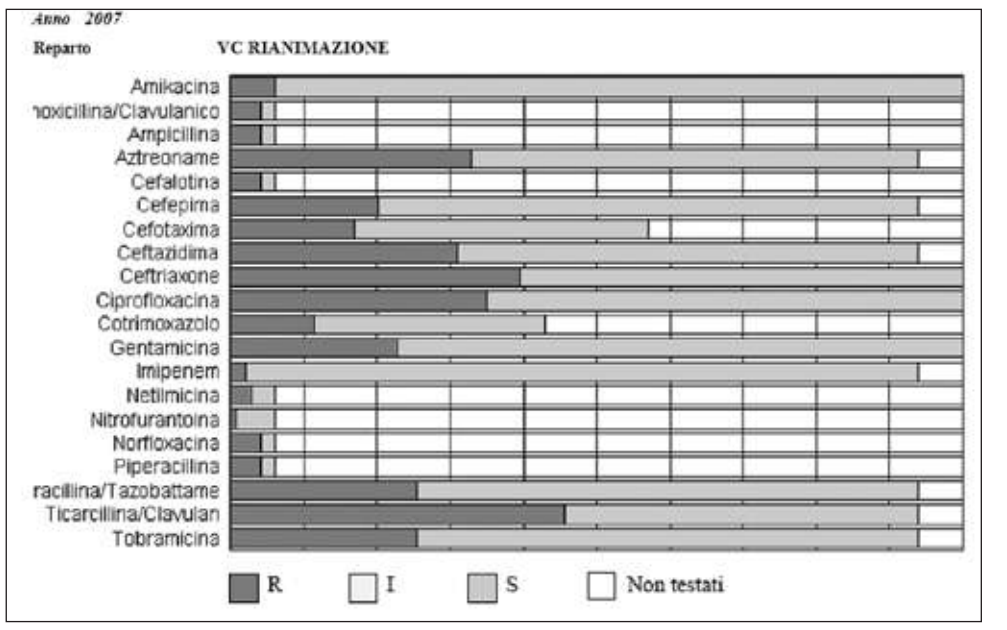


Tabella 9 - *E.coli* vs. cefalosporine di 3° generazione

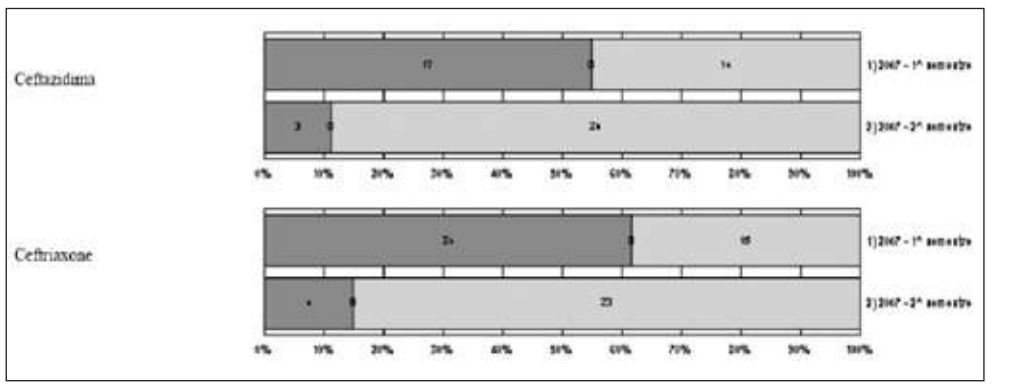


Tabella 10 - *K.pneumoniae* vs. cefalosporine di 3°generazione

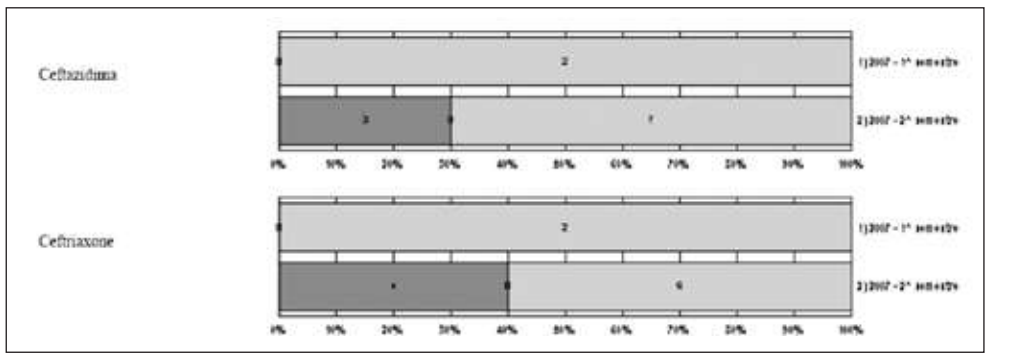


Tabella 11 - *P.mirabilis* vs. cefalosporine di 3°generazione

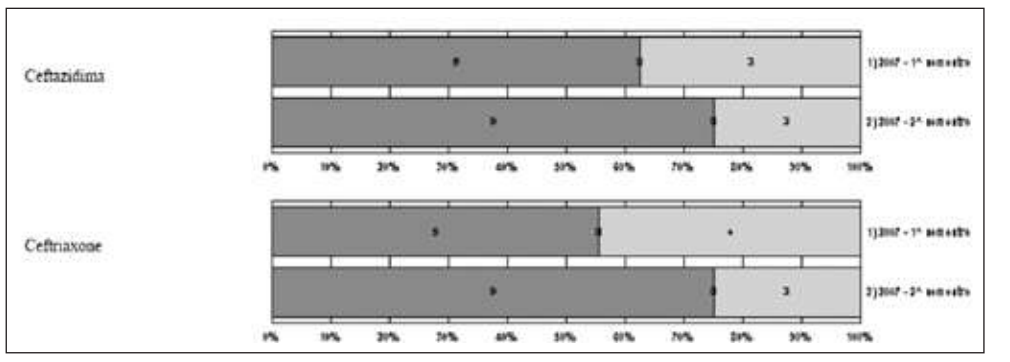
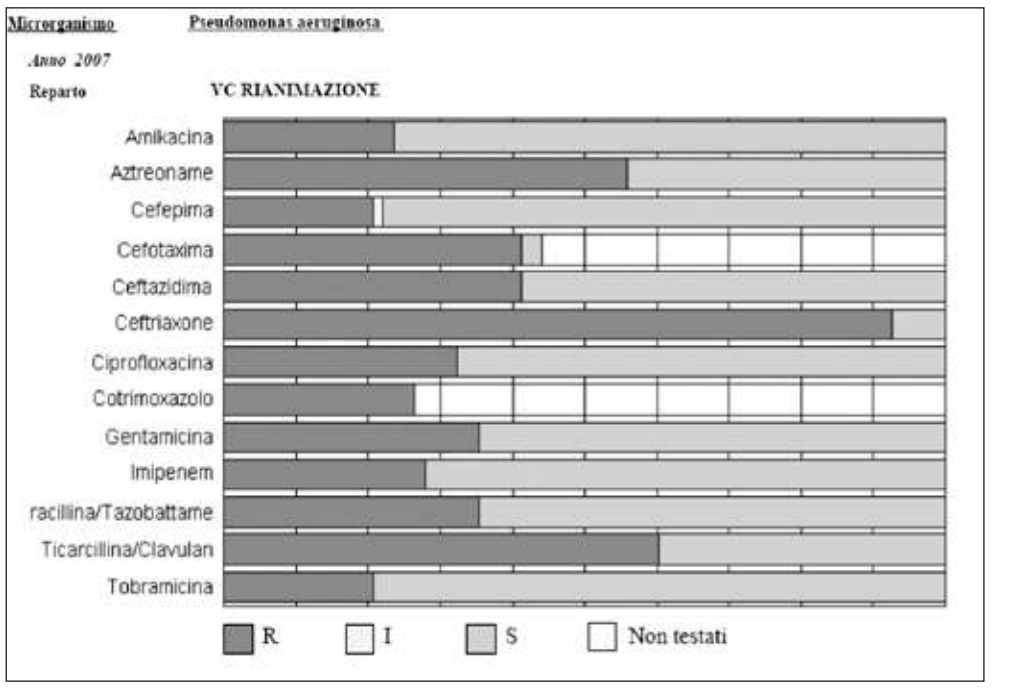


Tabella 12 - Andamento della chemiosensibilità di *P.aeruginosa*



Non si riportano dati relativi a *Enterococcus spp*. e candide in quanto per il primo non si è raggiunto un numero di isolamenti non ripetuti significativo e quindi meritevole di valutazione mentre per le seconde, nonostante la numerosità in termini assoluti e percentuali di isolamento dai diversi materiali la sensibilità agli azoli di prima scelta (fluconazolo) è rimasta costantemente attestata al 100%.

DISCUSSIONE

Studi recenti inglesi sottolineano come la sorveglianza delle infezioni ospedaliere debba rappresentare una componente essenziale dei programmi di controllo in ospedale, assicurando continuamente nel tempo la disponibilità dei dati a coloro che debbano assumere decisioni appropriate (17) .
Studi recenti americani hanno prodotto un rapporto sull'andamento delle infezioni ospedaliere negli ultimi 10 anni ed offrono un supporto scientifico per la valutazione dell'efficacia degli interventi di sorveglianza negli ospedali oggetto di studio. E' stata infatti osservata una significativa riduzione dei tassi di infezione ospedaliera in terapia intensiva per tutti e tre i principali siti di infezione (tratto respiratorio, infezioni urinarie e batteriemie) in tutti quei centri che avevano adottato protocolli dedicati al controllo delle infezioni nosocomiali. (18)
Dagli studi esistenti, appare evidente che la sorveglianza delle infezioni ospedaliere è un elemento di fondamentale importanza nella pratica clinica quotidiana, in assenza della quale è impossibile migliorare l'assistenza, ridurre le sovrainfezioni e conseguentemente la mortalità (5, 19, 20).
Il laboratorio rappresenta una fonte informativa indispensabile per identificare microrganismi che possono risultare pericolosi, per monitorare le resistenze che si sviluppano e per identificare cluster epidemici. Permette, inoltre, di applicare terapie antibiotiche non più empiriche ma strettamente legate al microrganismo in causa.
Premesso l'assoluta necessità ad iniziare un trattamento antibiotico empirico in casi di infezione grave o di sepsi obiettivamente conclamata, la terapia stessa potrà essere modificata sulla scorta del dato microbiologico. Una terapia corretta ma ritardata, in attesa dei risultati, eleva i rischi di mortalità; così come una scorretta terapia antibiotica empirica, a cui non faccia seguito una terapia mirata, eleva il rischio di mortalità rispetto all'assenza completa di trattamento (16, 23)
La polmonite che si verifica entro le 48 ore dall'ingresso in ospedale può essere difficile da distinguere da una infezione acquisita in comunità che avrebbe potuto essere già in corso prima dell'ospedalizzazione. Una polmonite ad esordio precoce può anche essere il risultato dell'aspirazione che si verifica durante l'intubazione tracheale perciò la VAP rimane una patologia di difficile inquadramento clinico pur con il supporto del dato microbiologico in termini di risultati colturali quantitativi. La tipologia di isolamento microbico correlabile alla VAP, nella nostra realtà non si discosta da quanto riportato in letteratura (24) essendo infatti *P. aeruginosa* e *S. aureo* i germi maggiormente incidenti. Anche per quanto concerne il profilo di sensibilità ai farmaci abitualmente in uso per questo tipo di infezione, si assiste ad un inquietante incremento di *P. aeruginosa* panresistente e di MRSA che approssimano al 80%.
Una considerazione a latere merita lo *S. aureo* meticillino-resistente per il quale le opzioni terapeutiche si riducono a glicopeptidi (Vancomicina e Teicoplanina) e ossazolidinoni (Linezolid).
Nel caso di impiego della Vancomicina nelle VAP, è sempre più necessario avere a disposizione valori puntuali di MIC (minima concentrazione inibente) perché si assiste al fenomeno della tolleranza o resistenza in vivo condizionata dalla sede di localizzazione, dall'entità dell'inoculo microbico e della caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche dei glicopeptidi stessi. Infatti, è sempre più evidente che ceppi apparentemente sensibili in vitro, ma con MIC vicini al cut off, sono in realtà resistenti in vivo se localizzati in siti difficili o in presenza di elevato inoculo. Infatti i glicopeptidi, tuttora farmaci di riferimento per infezioni da MRSA hanno coefficienti di penetrazione variabili in rapporto al sito coinvolto (meno del 20% a livello polmonare) e risentono pesantemente dell'effetto inoculo che ne condiziona una significativa riduzione del potere di killing (effetto Eagle) (25). In tutte e tre le patologie di maggior interesse nella nostra realtà, una nota considerativa merita l'incidenza significativa di isolamenti di bacilli gram negativi (*E.coli, Klebsiella spp*. e *P.mirabilis*), gravati purtroppo dalla produzione di ESβL (beta lattamasi a spettro esteso) in percentuali che negli ultimi tre anni si sono incrementate dall'8% al 30 % circa. Tale andamento rispecchia quelle che attualmente sono le tendenze segnalate dalla più autorevole letteratura internazionale dove si evidenzia come per queste specie batteriche le opzioni terapeutiche si stiano drammaticamente riducendo (26).
Infatti, i dati microbiologici mostrano come a fronte di germi ESβL produttori una sensibilità superiore all'80% sia conservata solo per aminoglicosidi (amikacina) e ovviamente per i carbapenemi che diventano in questo caso la prima linea terapeutica per fronteggiare infezioni gravi.
Il dato favorevole riferito ad amikacina mostra purtroppo modesta valenza clinica in quanto gli aminoglicosidi non possono essere proposti come opzione di riferimento, sia perché non efficaci in monoterapia sia perché dotati di caratteristiche farmacocinetiche e
farmacodinamiche sfavorevoli in molti distretti come ad esempio il polmone.
Segnatamente a *E. coli* ESβL produttore, nella nostra realtà si è registrato un cluster epidemico nell'estate 2007 monitorato grazie all'approccio multidisciplinare e risoltosi operando quando possibile un isolamento contenitivo o per coorte. L'audit clinico effettuato in occasione di tale epidemia ha consentito di evidenziare una serie di possibili situazioni direttamente correlabili all'evento. In quel periodo il nostro centro di rianimazione ha incrementato il numero di posti letto da 7 a 11 con relativo adeguamento di organico medico ed infermieristico a cui ha fatto seguito una fase di apprendimento con inevitabile difficoltà nell'applicazione dei protocolli e linee guida .
Per quanto concerne l'isolamento degli altri due enterobatteri ESβL produttori si è assistito ad un trend in aumento verosimilmente giustificato dalla tipologia di pazienti afferenti al nostro centro da altre strutture assistenziali.
Per ciò che attiene alle infezioni catetere-correlate nonostante la letteratura internazionale sottolinei come i germi maggiormente coinvolti siano i Gram + con percentuali che superano il 70% (27) mentre la percentuale di Gram – e candide è rispettivamente del 22 e 7% circa, presso il nostro centro il dato è in controtendenza riconoscendo ai Gram- una quota che approssima al 36% e alle candide al 12% con una prevalenza di Gram + pari al 12%. Tale dato apparentemente in contrasto con quanto da più parti segnalato (28) può trovare plausibilità nell'impiego nell'80% dei casi dell'incannulamento della vena giugulare interna che rappresenta il vaso centrale meno gravato da complicanze immediate (pnx, pneumomediastino) rispetto alla vena succlavia quest'ultima riconosciuta unanimemente come accesso di elezione meno gravato da complicanze infettive.
Lo studio del nostro ecosistema ci ha indotto a considerare, nel corso del 2007, una serie di iniziative volte ad implementare le tecniche di gestione operativa del paziente degente presso la nostra struttura. In questa ottica, si è organizzato un corso aperto a tutti gli operatori sanitari sulla gestione dei CVC (dagli aspetti microbiologici a quelli più segnatamente tecnici in termini di posizionamento e medicazione), ed un corso approfondito sul lavaggio delle mani, aspetto universalmente riconosciuto come fondamentale nel contenimento delle infezioni nosocomiali in ossequio al programma promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità , ricorrendo anche all'uso di gel idro-alcolici.
In accordo con quanto sopra per il 2008 è stato programmato l'impiego di dischetti impregnati di clorexidina gluconato, una serrata igiene del cavo orale tramite l'impiego di clorexidina colluttorio ed un utilizzo mirato di cateteri impregnati di sali d'argento.
Infine per quanto concerne le infezioni del tratto urinario i dati in nostro possesso mostrano una percentuale di isolamenti di *E. coli* del 20% circa in accordo con quanto segnalato in letteratura (29) mentre per quanto riguarda un microrganismo abitualmente isolato da tale sede quale *Enterococcus spp*. la nostra percentuale si attesta intorno al 5% contro il 15% delle segnalazioni internazionali, mentre una quota tutt'altro che trascurabile è da ascrivere a *P. aeruginosa*. (12%) e soprattutto a *Candida spp*. che incide per il 36 %.
A dispetto di quest'ultimo dato, pur essendo le infezioni delle vie urinarie un evento frequente nei pazienti ricoverati in terapia intensiva da più di 48 ore batteriurie e candidurie non sono da considerarsi come fattori di rischio indipendentemente associati ad un aumento di mortalità (29,30).
La complessa gestione delle patologie infettive del paziente critico non può quindi prescindere dall'approccio multidisciplinare , e in questa ottica , nella realtà vercellese si è costruito un modello gestionale dove accanto alla terapia intensiva è fondamentale il contributo dell'infettivologo e il supporto continuo della microbiologia clinica che rappresenta un osservatorio di riferimento per quanto attiene il monitoraggio dei patogeni e delle resistenze.

Bibliografia

Richiedere all'indirizzo info@ipasviso.org

* *Infermiera di Terapia intensiva c/o Rianimazione Ospedale S.Andrea di Vercelli*

Allegato Tesi 6.

Raccomandazioni come prevenzione VAP (Ventilator-Associated Pneumonia)

Vengono incluse 15 specifiche misure, parecchie delle quali a gestione infermieristica:

1. Assicurare un buon livello di preparazione professionale degli operatori sanitari con programmi di educazione (32-34). Su questo punto ci sono varie bibliografie che sottolineano la crescente preoccupazione che il continuo ricambio di personale nel reparto di ICU può impattare negativamente sull'outcome del paziente, ed è stata dimostrata che l'insufficiente numero di personale e loro preparazione è collegato ad un maggior numero di infezioni-associate all'ospedalizzazione. Numerosi studi dimostrano che il sovrannumero di pazienti ricoverati e l'insufficiente personale determinano uno sbilanciamento tra il carico di lavoro e le risorse, tali da causare infezioni nosocomiali e trasmissioni crociate di microrganismi. Ne nasce quindi una insoddisfazione nello svolgere il proprio lavoro, e conseguente "burn out".

2. Necessità di vaccinare tutti gli operatori sanitari (31)

3. Implementare l'igiene delle mani con l'utilizzo di prodotti a base alcolica (35, 36) per prevenire "cross-contaminazione" o la colonizzazione attraverso le mani degli operatori. Un ruolo centrale nella trasmissione delle infezioni è svolto dalle mani del personale ospedaliero: moltissimi microrganismi sia gram + (s.aureus, s.epidermidis,enterococchi) che gram- (e.coli, serratia, enterobacter, acinetobacter) sono in grado di colonizzare temporaneamente o stabilmente le mani.

4. Disinfezione e sterilizzazione delle strutture circostanti. Tutte le procedure espongono al rischio di trasmissione da paziente a paziente anche le strutture circostanti (letto, ventilatore, monitor, cavi, ambu, spirometri, pompe infusionali) sono contaminate e sono tutti potenziali reservoir di ppm (microrganismi potenzialmente patogeni). Quindi è necessaria un'accurata pulizia e disinfezione di ogni postazione ogni qualvolta vi è dimissione del paziente, sterilizzazione di tutti i presidi non monouso e reintegro di materiale monouso. Tutti siamo responsabili del controllo che tali procedure vengano correttamente eseguite.

5. Individuare linee guida sulla prescrizione antibiotica in modo da evitare l'utilizzo di antibiotici ad ampio spettro o il trattamento di pazienti in assenza di infezioni batteriche; utilizzare quando possibile antibiotici mirati al fine di ridurre la durata del trattamento (37-39).

6. Esistono evidenze in cui la batteriemia causata da MRSA (Stafilococco A.Meticillino Resistente) appare di origine endogena a provenienza dalla mucosa nasale colonizzata. Risulta pertanto utile elaborare strategie atte alle eliminazione della carica Stafilicoccica nasale al fine di prevenire infezioni sistemiche da parte dello stesso (40)

7. Politica restrittiva sull'utilizzo di trasfusioni (41)

8. Ridurre la durata della ventilazione meccanica (aumentano i fattori di rischio associati alla ventilazione) utilizzando:
- metodi di sedazione ed evitare l'utilizzo di curari che bloccano la funzionalità muscolare diaframmatici (42)
- protocolli per facilitare "weaning" respiratorio (43,44)
- controllo stretto della glicemia ed eventuale insulino terapia in infusione continua (45); non solo riduce la mortalità a breve termine, ma riduce anche la necessità di ventilazione meccanica, di terapia sostitutiva renale e di neuropatia periferica.
- utilizzo della NIV (ventilazione non invasiva) quando possibile(46)

9. Evitare l'inserimento del tubo nasale e sng per ridurre il rischio di sinusiti nosocomiali (47)

10. Mantenere la pressione della cuffia endotracheale a 20 cm H_2O, sotto questo valore può verificarsi l'instillazione di secrezioni presenti intorno alla cuffia, nell'albero bronchiale o al contrario una pressione al di sopra può causare tracheomalacia. (48)

11.Broncoaspirazione, consiste nella rimozione **gentile,** di secrezioni tracheali evitando quindi micro lesioni tracheali provocate dai cateteri di aspirazione che rappresentano una porta d'ingresso e favoriscono una maggior penetrazione dei ppm (microrganismi potenzialmente patogeni) Obbiettivo è quello di rimuovere le secrezioni presenti nelle vie respiratorie che ostacolano la ventilazione, in utenti non in grado di rimuoverle autonomamente e di prevenire l'incidenza delle infezioni evitando le complicanze annesse alla tecnica.Tecnica che deve essere eseguita in totale sterilità. Negli ultimi anni molti studi hanno affrontato il problema legato alla diagnosi di "ritenzione delle secrezioni bronchiali" come indicatore alla manovra di broncoaspirazione. La diagnosi di ritenzione di secrezioni bronchiali, anche se elaborata più volte al giorno da tutti gli infermieri in terapia intensiva, è a tutt'oggi una delle diagnosi infermieristiche più difficili da effettuare precocemente. Per riuscire ad individuare un gold-standard nell'elaborazione di questa diagnosi, è stata verificata l'attendibilità di un nuovo device (TBA Care - sistema per il monitoraggio sonoro delle secrezioni tracheobronchiali) realizzato per individuare la presenza di secrezioni tracheobronchiali. La broncoaspirazione effettuata con l'ausilio di tale device si rivela utile per effettuare

precocemente broncoaspirazioni mirate nel paziente in condizioni critiche, evitando le broncoaspirazioni non necessarie o le broncoaspirazioni tardive. La broncoaspirazione può essere eseguita:

- **a circuito aperto:** una delle maggiori complicanze è la contaminazione paziente – operatore – ambiente. Dovuta al fatto che il paziente per essere aspirato deve essere deconnesso dal circuito del ventilatore con conseguente aerosol di batteri che fuoriescono dal tubo endotracheale e dal circuito.
- **a circuito chiuso** : con questo sistema non si verifica l'aerosol di batteri perché il paziente non viene deconnesso dal ventilatore. Sono stati osservati livelli di contaminazione ambientale significativamente più bassi (49)

L'utilizzo del sistema chiuso può ridurre le VAP? Secondo uno studio fatto dal Journal of Clinical Nursing 2003 non c'è una riduzione dell'incidenza di VAP.

Particolare attenzione deve essere fatta anche sulla necessità di eseguire broncolavaggio utilizzato a volte per fluidicare le secrezioni tenaci. E' una tecnica che è ancora senza argomentazioni valide in letteratura, certo è che aumenta il rischio di dislocazione di patogeni che dal tubo migrano nell'albero bronchiale (50)

12. Le Estubazioni non pianificate (Unplanned Extubation, U.E) E' definita come "estubazione non desiderata dallo staff medico". Il fenomeno viene distinto in:

- Estubazione accidentale (Accidental Extubation, A.E.), provocata da operatori sanitari durante interventi sul malato
- Autoestubazione (Self Extubation, S.E.), il paziente procura deliberatamente la rimozione del tubo.

Le strategie preventive comprendono: aumento della sicurezza durante le procedure assistenziali, ricerca assidua degli indicatori di rischio della autoestubazione, osservanza dei protocolli per sedazione e confort, incentivazione di metodi alternativi alle contenzioni fisiche e farmacologiche. La relazione tra estubazioni non pianificate e carichi di lavoro infermieristici, può divenire un indicatore per l'ottimizzazione dell'organico nelle terapie intensive. Vi è molta più probabilità che un paziente sveglio (o non sufficientemente sedato e coperto da analgesia) ed agitato rimuova deliberatamente (S.E.) un tubo tracheale a causa del dolore e disagio psicofisico causati dal dispositivo e dall'ambiente. Mentre le A.E. sono dovute ad una serie di manovre terapeutico-assistenziali: ad esempio, il sollevamento del tronco per l'esecuzione di Rx Torace a letto, l'igiene del viso e del cavo orale, l'aspirazione tracheale, la somministrazione di boli enterali, fissaggio del tubo (51) Tra le complicanze causate dalle estubazioni non pianificate (U.E.) la VAP risulta la terza per gravità nelle 13 elencate (52).

Il punto di vista dell'infermiere:

Operare in terapia intensiva, e più in generale in area critica, significa avere la responsabilità di malati con gravi alterazioni fisiopatologiche a carico di uno o più organi o sistemi, ed in pericolo di vita. Il tubo tracheale e la ventilazione meccanica rappresentano i più importanti e diffusi strumenti per mantenere in vita la persona. L'infermiere ha la responsabilità di garantire la sicurezza del paziente e prevenire la rimozione accidentale del tubo. Se le U.E. si possono distinguere in accidentali e autodeliberate, anche le attenzioni poste in atto dovranno tener conto dei due tipi di evento.

Che ruolo ha la contenzione del malato come prevenzione alla S.E.?

I malati hanno il diritto di essere liberi da contenzioni, fisica e/o farmacologia, a meno che le contenzioni stesse non siano necessarie (53). Diventa pertanto essenziale la distinzione tra la sedazione come intervento a supporto della ventilazione, e la contenzione farmacologica (e/o fisica), per proteggere il paziente da comportamenti (per esempio il delirio) non gestibili in altri modi. Molti autori sostengono che il contenimento fisico o chimico per prevenire la rimozione deliberata del tubo tracheale sia inutile, per l'effetto paradosso di aumentare lo stato di agitazione (54,57)

In altro studio l'80% dei casi di S.E. si verificava in presenza di contenzione. Esistono però dati discordanti: l'aumento del numero di A.E. viene associato alla limitazione dell'uso di contenzioni per le mani. La contenzione rappresenta un nodo estremamente delicato per il ruolo dell'infermiere: oltre a comportare problemi medico-legali a seguito di complicanze (morti, polmoniti da aspirazioni, lesioni alla cute da traumi e compressione (58-59) essa determina dilemmi morali verso il malato ed i suoi familiari (60). Le raccomandazioni esaminate prevedono la contenzione soltanto dopo che procedure non restrittive abbiano fallito quali:

Alternative per l'interferenza del paziente con i dispositivi medici

- Valutare la comprensione della necessità del dispositivo da parte del paziente
- Individuare il discomfort associato al trattamento
- Provvedere ad una frequente e delicata assistenza ai tubi presenti
- Utilizzare manopole per evitare il trattamento

Alternative per l'agitazione/disorientamento

- Valutazione del dolore, caldo/freddo, fame/sete, bisogno di eliminare
- Ri-orientare nello spazio e nel tempo quando appropriato
- Aumentare le luci
- Provvedere all'esercizio fisico per quanto possibile
- Ridurre l'attività ed il rumore ambientale
- Ri-dirigere con ordini semplici
- Coinvolgere i familiari per procurare compagnia al paziente.

La grande responsabilità infermieristica è rappresentata ancora una volta dalla necessità di effettuare valutazioni corrette e individuali, e programmare interventi adeguati alla situazione. Il ricorso alla contenzione dovrà essere considerato come l'ultima opzione.

13.Mantenere il paziente in posizione semi seduta a 30°, specialmente se in trattamento con nutrizione entrale (61)

14.Provvedere ad una adeguata igiene orale, eseguita più volte nell'arco della giornata , con soluzioni antisettiche a base di chlorhexidina (62)

15.Uso di umidificatori collegati al circuito di ventilazione (63). Distinguiamo 2 tipo di umidificazione:

- **attiva** : vengono utilizzati apparecchiature che riscaldano elettricamente acqua a 37° producendo quindi vapore acqueo che risale attraverso il circuito sino all'albero bronchiale. Particolare attenzione deve essere fatta al condensato che si può formare nella parte espiratoria come risultante della differenza della temperatura. La carica batterica isolata nel condensato è la stessa che si trova nelle secrezioni bronchiali del paziente, per questo è necessario rimuoverla periodicamente in modo sterile, indossando guanti, facendo attenzione a non istillarla nell'albero bronchiale e soprattutto eseguire il lavaggio sociale delle mani dopo questa operazione per evitare la trasmissioni ad altri pazienti. Non esistono raccomandazioni sul cambio routinario dei circuiti a meno che non risultino visibilmente sporchi o malfunzionanti (CDC marzo 2004).Usare acqua sterile per riempire gli umidificatori.
- **passiva** : utilizzo dei filtri HME (heat moisture exchanger). Necessitano di essere sostituiti ogni 24 ore a meno che non siano visibilmente contaminati ed in questo caso anche più volte al giorno.

Studi recenti hanno comunque dimostrato che i pazienti ventilati meccanicamente per più di cinque giorni hanno un incidenza minore a sviluppare una VAP se umidificato attivamente (64).

La prevenzione delle VAP è fondamentale ed è attuabile con l'applicazione di semplici procedure assistenziali. Uno dei compiti dell'infermiere in TI è quello di controllare l'applicazione di queste procedure.

Associazione Nazionale Infermieri di Neonatologia e Pediatria
"Insieme per Crescere"

13° INCONTRO

"INSIEME PER CRESCERE"

aggiornamento multidisciplinare infermieristico

NEONATOLOGICO • PEDIATRICO • OSTETRICO

Sono stati richiesti i crediti E C M
per Inf. -Inf Ped.- Ostetriche- Ass.San

Salsomaggiore Terme - 8-9-10 ottobre 2008
SALA CONGRESSI - HOTEL VALENTINI
www.assinsiemepercrescere.it - info@assinsiemepercrescere.it

Ore 14.00 registrazione partecipanti
Ore 14.30 Lettura magistrale Prof. Caramia

1ª sessione 08.10.2008

La Continuità Assistenziale tra Ospedale e Territorio

Mod:

Dal progetto pilota "Pronto mamma" alla realizzazione del progetto per il miglioramento della qualità assistenziale:

15.00-15.20 Obiettivo, realizzazione e risultati dell'indagine. Inf. R. Meinero - Ost F.Ferrero
15.20-15.50 Variazione organizzative in ostetricia dopo l'indagine F.Ferrero-M. Agaccio
16.50-16.20 Variazione organizzative in assistenza neonatale dopo l'indagine. R.Meinero-A Dalmasso
16.20-16.30 Attuale esperienza. M Meinero – F. Ferrero
16.30-16.45 BREAK
16.45-17.15 Vi racconto una storia ...la rete di assistenza sanitaria e sociale domiciliare in Piemonte Osp Reg Margherita TO. Bergamin - Annaloro
17.15-17.45 Le problematiche dalla parte dei genitori alla dimissione della TIN. Pres. Assoc. Naz. Genitori Vivere Avv. M Bruscagnin
17.45-18.30 Dibattito guidato
19.15 ASSEMBLEA SOCI

2ª sessione 09.10.2007 ore 9.00-12.30

Lettura magistrale Prof. Chiandetti

Tavola Rotonda:

"Aspetti Etici e Bioetica nella presa in carico del nascituro":
Riflessioni ed esperienze intorno alle situazioni critiche all'inizio della vita

Mod:

9.00-9.30 Considerazioni introduttive di carattere bioetico Dr. C. Barbisan
9.30-09.50 Le problematiche e i dibattiti oggi in Italia sulle situazioni di inizio vita. Dr. N. Battajon
09.50-10.10 Eventi critici in sala parto: come si possono affrontare M.Bottarel
10.10-10.30 L'accompagnamento del neonato e della sua famiglia nel momento di fine vita E. Scarabellin, A.R Di Falco
10.30 Dibattito
10.45 Break
11.00-11.30 Il nascere e il morire in epoca neonatale: impatto emotivo e significato profondo (Dr. C. Trevisan)
11.30-12.30 Dibattito e conclusioni a tre voci: il bioeticista, il medico, l'infermiere (Dr. C.Barbisan, Chiandetti o Saia, Simioni o Colombo Giovanna)

3ª sessione Pomeriggio 15.00-18.15

15.00 15.30 Lettura Magistrale: prof.F. Macagno

Essere Professionisti Oggi: "Assistiamo o Curiamo?"

Mod:

15.30-16.00 La presenza dell'infermiera legale forense in ambito pediatrico: ruoli e funzioni. A. Ferrari
16.00-16.30 Comunità familiare: una iniziativa in difesa di quei bambini che con pazienza attendono che i grandi si accorgano di loro. E. Piani
16.30-17.00 Il "nuovo"codice deontologico dell'Infermiere nell'ottica del bambino e della sua famiglia. B. Mangiacavalli
17.00-17.15 Break
17.15-17.45 Assistere e curare il bambino e la sua famiglia: abbiam bisogno di un professionista qualificato e formato?
17.45-18.15 Ruolo e responsabilità dell'ostetrica nel Percorso nascita. Rita Lombardini - Cristiana Pavesi
18.15-19.00 Dibattito guidato

Continua da pagina 7

Più volte mi sono adoperato affinché un padre o una madre potesse riabbracciare il/la propria figlia/figlio.
Come possiamo pensare che una persona che vive questo dramma possa mai morire con serenità?
Ogni volta che avveniva una di queste riconciliazioni in extremis, queste persone erano radicalmente trasformate, e il luogo veniva inondato da una Luce calda ed avvolgente: chissà, forse un frammento di quella Luce di cui di tanto in tanto, ad ognuno di noi capita di sentire nostalgia!
Oggi parliamo si di morte, ma questo è un messaggio di speranza per i vivi, affinché, di tanto in tanto, "moriamo" al nostro orgoglio, dando spazio "all'altro", non condannandolo a priori, ma cercando in lui un altro "noi", ed accettandolo.
Amo pensare alla morte come ad una porta, ma l'immagine che amo di più è quella di un ponte, proteso verso un altrove, ma ritengo che sia fondamentale gettare ponti qui, sulla terra, qui e ora, nel nostro presente, l'unico tempo che esiste davvero, in quanto il passato già non esiste più e il futuro non è ancora.
Quante volte non riusciamo a comunicare, magari per anni, i nostri sentimenti, magari proprio alle persone più care, dando per scontato che essi sappiano che gli vogliamo bene. Spesso siamo presi da mille cose da fare, dalla forma, dall'esteriorità, dall'apparire, dal rincorrere, da una ricerca estenuante di un benessere e di una felicità che si fanno via via più fuggenti.
Ricordo un frammento di una pièce teatrale di Dacia Maraini, tratto da "*Due donne di provincia*", in cui una signora adulta ricorda la madre, e lo fa con immensa tristezza. Ella dice:"Ricordo mia madre che mi chiamava dalla cucina – Valeria,Valeria, vieni subito qui, te lo ordino!". "Devo venire subito, mamma?" "Subito ho detto"
"Ma mamma, mi mancano poche righe e ho finito la pagina."
"Interrompi immediatamente. Un buon soldato ubbidisce agli ordini del suo capitano."
"Mamma, ma io non sono un soldato, e tu non sei un capitano!"
"Certo che sei un soldato. Valeria vieni subito qui!"
Dentro quella caserma lucida che era la nostra cucina io dovevo marciare, ubbidire, accorrere al suo minimo richiamo; dovevo stare in piedi diritta fin quando lo diceva lei, non potevo toccarla perché si irritava.
"Cosa fai, mi sgualcisci il vestito?"
"Cosa fai ,mi sporchi la camicia?"
"Valeria, non toccare, si rompe; Valeria stai lontano, con quelle mani, mi sporchi tutta; Valeria, non mi abbracciare, mi rovini la messa in piega!". Io invece ero innamorata di lei, e lei neanche mi vedeva.
Io, a quel capitano, avrei voluto fare tanti baci, abbracciarlo, annusarlo; avrei voluto che mi prendesse in braccio, che mi cantasse una dolce nenia prima di dormire, ma niente: lei era il mio capitano e io solo il suo soldato, e si sa, i soldati devono solo ubbidire.
Ecco, se fosse possibile evitiamo di far morire i nostri figli in questo modo, permettiamogli di vivere.

** Infermiere terapia semintensiva respiratoria, Sondalo*

Oriente e occidente: due "mondi" per curare

Dr.ssa Mariangela De Giovanni*

Oriente ed Occidente hanno concezioni diverse di salute e malattia. Per Oriente intendo Cina e Paesi limitrofi, il Tibet per esempio. In analogia l'Egitto, il Centrafrica ed il Messico.
Risale ai 3000 a. C. la Medicina cinese, così come quella egiziana ed al 2000 a. C. quella degli Assiri Babilonesi. Solo nel 1300 a. C. si ha sentore delle conoscenze mediche greche, nel 700 di quelle etrusche e intorno al 200 di quelle romane.
La medicina cinese è empirica, scaturita dall'osservazione e dalla formulazione di correlazioni che investono non solo l'uomo ma la Natura e l'Universo intero. Lasottende la filosofia taoista, il pensiero cioè che la realtà, uomo compreso, è riducibile al divenire di forze di polarità opposta, complementari, non in contraddizione: sono lo *Yin* e lc *Yang,* il positivo ed il negativo, il bianco ed il nero, male e bene, corpo e spirito, terra e cielo, morte e vita, visibile ed invisibile, notte e giorno, donna e uomo ... e così via. Secondo il *Tao* Macrocosmo (Universo) e Microcosmo (l'uomo) interagiscono. Un ideogramma cinese raffigura l'essere umano radicato come un albero nella terra, con le braccia distese come rami verso il cielo: esso riceve forza da sotto e da sopra.
Più che per noi Occidentali, per i Cinesi, poi, l'energia (QI), gli elementi (legno, fuoco, terra, metallo, acqua), le stagioni, i climi, le emozioni... interessano l'organismo. L'uomo è formato e plasmato da essi, a sua volta interagisce con loro e, se forte, può modificarli o permearli. E' in salute se si trova armonicamente dentro l'ordine sociale e materiale. Si ammala se insorge uno squilibrio.
Il terapeuta interviene con dei rimedi per correggere questo disordine, evitando così conseguenze gravi per la mente e per il corpo: consiglia la dieta, pratica il massaggio, insegna la ginnastica, la dinamizzazione; usa gli aghi, la moxa, medicamenti naturali animali e vegetali; corregge l'eccesso, la mancanza, il vuoto, il pieno, il freddo, il calore, la secchezza, l'umidità... E' come un giardiniere che ordina un giardino sempre diverso, unico.
Ha poche cose con sé, si accontenta di una remunerazione modesta, accompagna soltanto il paziente che è l'artefice del proprio miglioramento. Pratica atto medico vero, che soddisfa criteri di scientificità anche raccogliendo dati su malattie precedenti, sulla famiglia, sull'ambiente naturale e sociale.
Osserva l'elasticità della cute, se su di essa compaiono lesioni che seguono il decorso dei meridiani, rileva la presenza di eventuali gonfiori; valuta il trofismo muscolare; controlla gli occhi, il naso, la lingua con il suo colore, la patina etc. Scruta gli atteggiamenti della persona, se mostrano vigore o debolezza. Valuta le emozioni. Ascolta l'intonazione della voce, controlla se il linguaggio è conciso o prolisso, se c'è logorrea. Chiede di eventuali stati di insonnia o sonnolenza. Annusa; controlla la sudorazione, valuta se c'è alitosi. Domanda se la persona avverte in generale freddo o caldo, se ha sete, se c'è stata febbre. Palpa il corpo ed osserva l'umidità della pelle, la sensibilità alla pressione dei suoi punti. Prende visione di feci ed urine. Chiede dov'è il "male", se è costante, fisso oppure no ...
Da tutto questo trae indicazioni relative allo stato energetico della persona, cioè al *QI,* con i suoi attributi di energia nutritiva, difensiva, innata *(l'essenza)*. Controlla anche lo *XUE,* la componente più materiale, cioè il sangue, e stima tutti i liquidi corporei. CURA modulando il flusso dell'energia che scorre lungo tragitti sottocutanei, i *Meridiani,* agendo su punti ben precisi ed usando in prevalenza aghi.
Com'è invece l'operare sanitario occidentale? Anche in Occidente vengono raccolti dati anamnestici più o meno completi. Il medico, nel corso della visita, verifica che i toni cardiaci siano normali, che sia presente il murmure vescicolare polmonare, che fegato e milza non siano ingrossati... Prescrive sovente svariati e costosi accertamenti strumentali, non sempre arrivando ad una chiara diagnosi. Utilizza una ricca farmacopea. Spesso in modo stereotipato stila diete, raccomanda il movimento, prescrive fisioterapia. Riscontra sovente patologie da stress e da effetto collaterale di medicamenti.
Tornando alla storia della medicina, ci si rende conto che Occidente ed Oriente sono stati affini nelle loro concezioni sino al nostro Rinascimento. Nel 1600 Descartes, matematico, e Newton, fisico ed astronomo, hanno improntato la nuova *filosofia* delle
Scienze e della Medicina, aprendo la strada ad una visione meccanicistica della natura e dell'uomo. Utilizzando la logica e l'analisi, hanno formulato leggi meccaniche e fisiche che hanno legato causa ed effetto in modo certo, fisso, assoluto; esse sono divenute la base del nostro metodo scientifico.
L'uomo è di conseguenza paragonato ad una macchina in cui il cuore è pompa, il polmone mantice, il vaso sanguigno tubo, il nervo filo conduttore. Il medico diviene un "meccanico" che ripara, sostituisce parti, frammenta, standardizza; si specializza, rischiando di perdere di vista l'insieme.
Vengono identificati i germi e Pasteur scopre il vaccino per combatterli; si utilizza l'insulina per curare il diabete, ma non si fa ricerca per chiarire l'insorgenza delle complicanze della malattia, si combatte più il sintomo che il morbo. Le tecnologie diventano sempre più sofisticate (quelle ospedaliere in particolare), la ricerca farmacologica continua, si scrutano i cromosomi... Il medico è sempre più influente, come presunto unico artefice del miglioramento del paziente, non si domanda talvolta se il malato vuole veramente guarire...
Malgrado tutto questo sapere, alcuni studiosi hanno rilevato che 2 persone su 3 dicono di non stare bene, che metà della popolazione non viene capita e curata e che il 10% della stessa ha disturbi cronici solo alleviati.
Alcune volte la strumentazione ed i dati di laboratorio non rilevano alterazioni eppure la persona si sente ammalata, continua a chiedere aiuto e non viene capita. Il medico spesso minimizza, temporeggia, lascia perdere, a volte si impazientisce... Il malato, dal canto suo, facilmente si scaglia contro di lui, a volte lo denuncia.
Riparlando di medicina tradizionale, va detto che l'agopuntura ha avuto in Oriente momenti di auge ed altri in cui è stata meno considerata. Nel 1800 i missionari hanno portato in Cina la medicina occidentale. Nel secolo scorso, essendo pochi rispetto all'enorme utenza i medici formati dalla scuola occidentale, è stata favorita la preparazione di numerosi "medici scalzi" (come venivano chiamati), che praticavano la medicina tradizionale. L'OMS, che ha riconosciuto l'agopuntura come atto terapeutico in molte patologie, penso abbia fatto analoghe valutazioni quando si è espressa in proposito.
In concreto, confrontando i due metodi terapeutici, si può dire che la medicina occidentale è estremamente valida nell'affrontare le malattie infettive e l'Acuzie, comprendente anche interventi sempre più sofisticati, mentre la medicina cinese tende ad andare alla radice delle malattie, e porre più attenzione alla prevenzione, alle malattie funzionali, a quelle allergiche, alle dipendenze, alle malattie psichiche, quelle croniche e neoplastiche; cura il sintomo doloroso in sé. A proposito del dolore è stato rilevato che esso risponde nel 70% dei casi alla morfina, nel 35% al placebo e nel 55% - 85% dei casi all'agopuntura.
Medicina Occidentale e Medicina Orientale possono dunque essere complemento l'una dell'altra e medico e paziente possono tenere conto di questo duplice patrimonio di conoscenza.

Bibliografia

Harriet Beinfield, Efrem Korngold: *Tra cielo e terra*. Ed. IL CASTELLO. - Karl Hermann Hempen. *Atlante di Agopuntura*. HOEPLI.

Di Concetto, Sotte, Pippa, Muccioli: *Manuale di Agopuntura cinese*. Ed. Scient. STAMPA MEDICA.

** Medico specialista in Agopuntura*

Parliamone

Copyright by Collegio IP.AS.VI. - Sondrio

Pubblicato 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 IV Novembre, 11 - 23100 Sondrio
E-mail: info@ipasviso.org

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

CONSIGLIERI:
Alberta Acquistapace - Ida Bertelli - Nevilla Borsi - Chiara Fognini - Michela Gianola - Carmela Ongaro - Bruno Orsini - Adelaide Tudori - Giuseppina Vanotti - Andrea Viviani

REVISORE DEI CONTI:
Presidente Giancarlo Bottà - membro eff. Carla Fallini - membro eff. Silvia Pes - membro supplente Gisella Tridella

HANNO COLLABORATO
Edo Bagiolo, Rosella Baraiolo, Monica Cingari, Simonetta Corbelletti, Mariangela De Giovanni, Bruno Robustelli Test, Daniela Ussia.