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

IPASVI

Parliamone

Anno 17 - N. 2 - Ottobre 2007 - 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:
Collegio IPASVI - Via IV Novembre, 11 - 23100 Sondrio

L'albero che cade o la foresta che cresce

di Ercole Andrea Piani

Una collega mi ha riferito di un articolo apparso su "La Provincia" il 19 settembre a firma del sociologo Guglielmo Giumelli dal titolo "la paura di essere un paziente, ovvero morire di solitudine", lo stesso giorno sono stato informato degli attesi risultati dell'indagine promossa dall'Azienda Ospedaliera dai quali si evince che i pazienti giudicano il sistema sanitario provinciale eccellente e nello specifico, per quanto riguarda la professione infermieristica, con un indice di massimo gradimento che supera il 90%, a conferma vedasi la gradita comunicazione del Direttore Generale dell'A.O. a pagina tre. Eppure suscita scalpore la notizia che un paziente, ricoverato in una nostra struttura, possa morire in solitudine e che ad accorgersene sia stato il vicino di letto, piuttosto che i gratificanti risultati dell'indagine sulla sanità provinciale ed in particolare per quanto riguarda il campo infermieristico.
Non meno sorprendente è il dato che colloca l'Italia al secondo posto per la migliore sanità dopo la Francia, molto più avanti di altre Nazioni ritenute più evolute della nostra, ma ci voleva "Sicko" il nuovo docu-film di Michael Moore per aprirci gli occhi? E chi non ha seguito con interesse l'evoluzione della scienza medica avvenuta negli Stati Uniti d'America? Ma in quanti si sono interessati al problema della salute pubblica di quel Paese così all'avanguardia?
Riferendomi sempre al modello americano mi ha colpito un'esternazione di Ignazio Marino Presidente della Commissione sanità in Senato e per anni chirurgo negli USA: " All'Università di Pittsburg conobbi un'infermiera specializzata in terapia intensiva: di emergenza in rianimazione ne sapeva più di noi giovani medici e deve aver salvato centinaia di vite, poi però si ammalò e avrebbe avuto bisogno di un trapianto di rene e pancreas. Lavorava in un grande ospedale ed era assicurata: quindi fu trapiantata senza problemi. Ma quando, dopo un anno, la rividi in un bar di quelli che ci sono vicino all'ingresso di ogni ospedale, scoppiò in lacrime. Dopo il trapianto, aveva perso il posto, perché non poteva sostenere più quei carichi di lavoro. Con il lavoro aveva perso l'assicurazione sanitaria e quindi non riusciva più a pagarsi i farmaci antirigetto. Dopo qualche mese è morta".
Perché nessuno ha fatto niente per lei? Se avessimo posto questa domanda ai colleghi infermieri o ai medici ci avrebbero risposto: "Come potevamo? Non aveva più l'assicurazione".
Negli USA il diritto alla salute non è scritto nella Costituzione. E infatti gli americani considerano l'accesso alle cure un'opportunità, non un diritto. Ancora quindi luci ed ombre sul fenomeno sanità; il paese più evoluto per ricerca e tecnologia non pone la salute pubblica tra gli interventi prioritari dei propri cittadini, ma ancora per rimanere in tema di contraddizioni v'invito a riflettere sull'articolo, presente in questa stessa pagina a firma di Vinicio Albanesi, per non essere "utili idioti".
Un mondo quindi pieno di contraddizioni dove si rischia di perdere di vista il bene prioritario: il diritto alla salute come diritto alla dignità della persona. Ed allora senza banalizzare o sminuire il dolore per una morte avvenuta in solitudine non dimentichiamo l'evoluzione continua in campo sanitario in un Paese dove la salute pubblica è difesa e perseguita con determinazione e competenza. La nostra professione sta evolvendo, nonostante le continue difficoltà e contraddizioni vedo molti colleghi continuare la propria formazione professionale, tanti hanno ormai frequentato master di specializzazione, dovremo batterci per un miglior riconoscimento di questi sacrifici; ma non dobbiamo mai perdere di vista i nostri interlocutori più importanti, perché saranno proprio loro a riconoscerci e a promuoverci. Forse di fronte a notizie contrastanti che tendono a spostare la nostra attenzione più su avvenimenti sporadici che sul lento e continuo progredire di una professione è bene ricordare il detto che " fa più rumore un albero che cade di una foresta che cresce".

Per non essere «utili idioti»

Il grido delle comunità, la cortina dell'indifferenza

di Vinicio Albanesi *

L'espressione forte che utilizziamo vuole esprimere il disagio che stiamo vivendo: nei confronti del mondo della marginalità che, nonostante tutto, non vede luce di soluzione; nei confronti di noi stessi, diventati ingranaggi di un welfare strutturalmente ingiusto; nei confronti della politica che ci utilizza sfacciatamente.

Un quadro desolante

Da oltre trent'anni siamo coinvolti nella politica sociale in Italia; da quando, nel 1971, con la legge 118, si parlò per la prima volta di handicappati riconosciuti come persone, invece che semplici numeri o individui da nascondere. Gli anni settanta sono stati l'inizio di una grande tensione sociale; la chiusura dei manicomi e il riconoscimento dei diritti alla salute con la riforma sanitaria hanno costituito la pietra miliare di una concezione di popolo ugualitaria, solare, protesa verso il futuro, più giusta. Sono di quegli anni le «prime invenzioni» alternative agli istituti, alle segregazioni, alle vergogne.

L'Italia, come del resto l'Europa, ha sperimentato, nel prosieguo del tempo, altre emergenze: la tossicodipendenza, la marginalità metropolitana, la devianza, l'immigrazione, l'invecchiamento della popolazione, il malessere psicologico e «immateriale». Abbiamo continuato a inventare risposte: comunità per ragazzi tossicodipendenti, comunità per ragazzi stranieri non accompagnati, comunità di vita, inserimenti lavorativi, integrazioni sociali. Sempre in salita: dovendo, ogni volta, spiegare, chiedere, aspettare che gli addetti comprendessero.
Lo stato sociale in trent'anni si è raffinato, con accelerazioni e decelerazioni: non in modo omogeneo nel tempo, né nei territori. Tensioni di riforma sono state accompagnate da periodi di riflusso: non si è arrivati, come per la sanità, l'istruzione, la comunicazione, l'energia, a un assetto stabile di risposta sociale.
Dal versante del privato sociale ci hanno accompagnato due fenomeni: la crescita, non sempre lineare e disinteressata, di associazioni, ONLUS, fondazioni, cooperative, e contemporaneamente il sorgere di un interesse diretto delle scienze sociali: sociologi, psicologi, assistenti sociali, pedagogisti, educatori, laureati in scienze sociali sono diventati numerosi e sempre più presenti. Eravamo coscienti che ai problemi sociali non si poteva più rispondere con il buon cuore.
A questo punto abbiamo commesso un gravissimo errore, di cui oggi sentiamo le conseguenze negative. Siamo diventati gestori di servizi, senza riuscire a ottenere un quadro di riferimento uguale in Italia, caratterizzato da risposte certe, diffuse nel territorio, di livello minimo garantito. Siamo stati succubi, superbamente orgogliosi, della nostra risposta precaria, con quattro grandi limiti: abbiamo perduto la nostra dimensione di coscienza critica e d'inventiva; abbiamo subito «gabbie assistenziali» imposte da altri; abbiamo creato «aziende sociali», imbarcando specialisti di ogni genere; siamo stati promotori di un mercato straccione. Con uno sguardo distaccato, ma sufficientemente lucido, non è difficile capire che il mondo assistenziale odierno conserva tutte le caratteristiche di debolezza e instabilità.

Non abbiamo più coscienza critica

L'approccio caratteristico della gestione dei servizi non ha portato a leggere i fenomeni di sofferenza sociale con l'occhio alle cause e alla loro rimozione: l'istinto ormai era quello di creare risposte sociali. Come agenzie abbiamo proposto la soluzione dei problemi: chiavi in mano, come a volte ci veniva chiesto. Che cosa accade su un territorio, quali risorse «naturali» utilizzare, quali forme alternative di risposte, sono diventate «non quesiti». La preoccupazione è stata quella di cercare la nicchia entro cui attestarsi, nello sforzo di dare un servizio decente.
Questo trend ha fatto lievitare le

CONTINUA A PAGINA 2 ▸

Le rubriche all'interno

NOTIZIE DAL COLLEGIO pag. 3
PAGINA DEI BAMBINI pag. 5
IPOTERMIA TERAPEUTICA DOPO ARRESTO CARDIACO pag. 9
INFERMIERE PEDIATRICO pag. 11
IL CORSO DI LAUREA pag. 13
CORSI E CONVEGNI pag. 16

agenzie sociali: ce ne sono di tutte le razze. Fondazioni non fondazioni; ONLUS padronali; cooperative imprese; mercato privato. Il mondo del volontariato, così esaltato e così nobile e diffuso, è inquinato: anche da malaffare e da cattiva coscienza. Né occorre fare nomi, perché tutti conoscono, in un territorio, chi agisce per che cosa. Si è creata una situazione paradossale. Non siamo stati capaci di far crescere la coscienza civile per avere risposte che non dipendessero, di volta in volta, dalla disponibilità delle risorse o di qualche amministratore illuminato. Moltissime leggi, nel frattempo, sono state scritte e pubblicate. In nessun territorio si sa con certezza qual è lo zoccolo duro della risposta sociale e quali gli attori preposti alla realizzazione: appalti, convenzioni, pubblico, semipubblico sono diventate modalità senza logica e senza costrutto.

Nel mercato che evolveva, la parte pubblica si è organizzata in modo schizofrenico. Impostando standard di qualità altissimi: dettagli che nulla lasciassero al caso. Con una puntigliosità patologica, confondendo piccole comunità con hotel; mense dei poveri con ristoranti. Il fatidico accreditamento è un esame da cui nessuno sfugge e dal quale nessuno ha più sconti.

Le abbiamo chiamate «gabbie assistenziali»: luoghi preconfezionati dove possono accedere coloro che hanno determinate morbilità, con qualità strutturali regolate nei dettagli, affidate a professionalità accademiche, senza prevedere, alla fin fine, la qualità della vita. Mai nessuna parola che esprimesse valori irrinunciabili per un anziano, per un disabile, per un malato psichiatrico: mondi umani ai quali si risponde con l'accademia, dimenticando che ogni ambiente riabilitativo deve essere umano prima che perfetto. È sembrato che lo schema medico abbia prevalso su quello assistenziale: la cura degli organi, dimenticando che chi è in difficoltà sociale non ha organi malati, ma ha la vita difficile.

In queste circostanze era logico dover creare vere e proprie aziende. Con patrimoni, fatturati, gestione delle risorse umane improvvisati e claudicanti. Solo recentemente si è formata una classe di managers esperti di sociale: costoro non sono di casa presso il non profit, ma nel mercato. Offrono professionalità anaffettive: luoghi belli, invece che persone belle. Ambienti lucenti invece che relazioni.

Il dubbio è che le «gabbie assistenziali» siano state inventate per collocare i professionisti. Non si spiegherebbero altrimenti impostazioni dai dettagli utili per la clientela in transito, ma niente affatto logici per chi nella struttura deve trascorrere la vita. Noi

siamo rimasti al palo, costretti a fare un mestiere al quale non eravamo né preparati, né affezionati, rischiando di tradire ciò che avevamo di caratteristico.

Infine il mercato «pubblico» ha mostrato il suo antico cinismo. In nome dell'equità ha messo ogni cosa a concorso, esigendo un pranzo di nozze al prezzo di una pizza; scatenando rivalità; non preoccupandosi delle vittime della guerra degli appalti, lasciando che il mercato si muovesse autonomamente. Ogni fantasia è stata attivata per risparmiare: il ricorso alle figure dei lavoratori-soci, forme di contratto improprie, volontari-operatori; il precariato è abbondantissimo. Ma se nel servizio pubblico un giorno, forse, un precario sarà stabilizzato, nelle imprese non profit nel futuro ci sarà il licenziamento: è sufficiente non conseguire l'appalto dell'anno successivo. Di fronte a questo quadro subentrano sconforto e smarrimento: ma non è possibile neppure chiudere bottega. Sono state coinvolte famiglie, lavoratori, il buon nome, gli anni dedicati.

Il welfare che non interessa più nessuno

Al di là dei propri errori è però indispensabile chiedersi a che punto è la politica sociale in Italia. La sensazione che abbiamo è che stiamo regredendo, e anche velocemente. Alcuni fenomeni antichi e nuovi fanno da indicatori.

Per quel che abbiamo capito, nel precedente governo le politiche sociali non ci sono state. I problemi sono stati affrontati per slogan legislativi: tossicodipendenza, immigrazione, prostituzione, carceri. Importante era rassicurare la popolazione: tolleranza zero, sicurezza sociale ecc. Magari, nemmeno quella. Leggi come carta straccia, perché non accompagnate da nessuna reale politica; tagli alle amministrazioni locali; piccoli spot pubblicitari del tipo «mille euro a bambino nato», 700.000 dentiere (promesse) ai vecchi e vai.

Il governo odierno ci ha detto che bisognava riordinare i conti. È venuto fuori «il tesoretto», ma sappiamo già che fine farà: ben che vada sarà spalmato, perché milioni di famelici diranno che stanno sul lastrico. Chi veramente ci sta però ci rimane.

E veniamo al dettaglio: povertà, famiglie, anziani, carceri, tossicodipendenze, non autosufficienza, immigrazione. È già da qualche lustro che doverosamente l'Istat ci racconta delle famiglie povere in Italia: due milioni e mezzo circa e sempre le stesse, famiglie numerose, persone sole, al Sud.

C'era stato un tentativo di reddito minimo d'inserimento. Scomparso nel nulla. I non autosufficienti: come sopra. Le carceri, disumane, come sempre. I SERT vecchi di vent'anni. La nuova legge sull'immigrazione: più furba di quanto sia generosa. Corsie preferenziali per infermieri, badanti, colf, tecnici specializzati, manager, artisti. Quanti ci servono (eccetto gli artisti). Le famiglie: quattro mesi impegnati sul riconoscimento dei diritti delle famiglie di fatto. Scarsa natalità; invecchiamento della popolazione; ricorso abbondante alle colf; affitti delle case in crescita libera; assenza di ogni politica «giovanile»: sono rimasti dove erano.

Resta il dubbio di sapere se ancora esiste un progetto di welfare. Forse nelle carte e negli organismi che rapidamente si attivano: tavoli di raccordo, uffici, inchieste, affitti, linee telefoniche, segreterie, programmazioni che hanno solo il merito di sistemare giovani disoccupati e amici dell'entourage, dimenticando i destinatari. Un motore che brucia il 75% delle risorse per stare acceso.

In genere si rimandano alle amministrazioni locali le incombenze di politica sociale. È una specie di elastico: dal governo ai territori, dai territori al governo. Non possiamo più tacere. Abbiamo la sensazione di essere diventati i gestori dell'ultimo spicchio della società: poveri tra poveri, marginali tra marginali.

Il non futuro

Forse è arrivato il momento di sapere esattamente dove siamo collocati: per chi e a quali condizioni. Non vediamo né prospettive, né tanto meno progettazioni. Eravamo arrivati al nuovo assetto della legge 328. Aveva buone intenzioni: programmare il territorio e sviluppare una rete sociale congrua. L'unico risultato è stata la moltiplicazione di leggi regionali, di strutture intermedie, di allocazioni di personale, rimasuglio della politica. Nessuno sa quali siano i diritti sociali riconosciuti, quali le garanzie minime di aiuto e assistenza. Non siamo così ingenui da non capire che il sociale, strutturalmente, è debole e marginale. Un congruo sviluppo della ricchezza del paese non può però, nella prassi democratica, non far procedere, di pari passo, una politica sociale adeguata.

Siamo ancora nello schema della pelle di leopardo: in alcuni luoghi ci sono servizi abbondanti, in altri inesistenti; in alcuni di eccellenza, in altri d'impostazione antica. In questa dislessia diffusa occorre rimettere ordine. Magari con fatica e scelte difficili: non è più possibile navigare a vista.

Una prima grande scelta è decidere se la politica sociale è in capo alla famiglia o a una rete di servizi. Al di là delle parole, l'orientamento è in atto: minori, anziani, disagio giovanile, devianza sembrano essere affidati alle famiglie. Esse reagiscono come possono: chi ha strumenti affronta i problemi; chi non ne ha subisce il peso dell'inadeguatezza. I servizi a volte sembrano offrire soluzioni, a volte respingono la domanda dichiarando di non avere strumenti; a volte si affiancano, a volte invadono, a volte si allontanano.

Un secondo tratto da definire è stabilire che cosa il territorio nazionale offre, sottraendo il sociale da tutte le intemperie che si abbattono su di esso (la finanziaria, gli appalti, le precarietà, le amministrazioni). Non è possibile continuare a vivere in modo precario. I grandi temi sociali sono diventati per le amministrazioni e per noi stessi ricerca affannosa di risorse, spulciando tra i residui dei finanziamenti. Alla disoccupazione giovanile non si può rispondere con risorse di qualche mese, raccattate da stanziamenti dell'Unione Europea; né si può trattare il sociale con il ricorso massiccio alle badanti, ancora a basso costo.

Alla fin fine: è possibile riprendere il filo delle politiche sociali in Italia, facendone il punto e indicandone i successivi passaggi? Il dubbio fondato è che in realtà le attenzioni siano altrove: per la mente dei più (governanti e governati), nello schema del grande sviluppo economico non sono previsti, se non come fastidiose postille, i problemi delle irregolarità (disabili, immigrati, malati, irregolari, anziani). Non è vittimismo scoprire che sono anni che nessuno ci ascolta. Semplicemente perché i problemi nei quali siamo immersi non fanno parte di nessuna agenda.

La conclusione amara è che la società dei regolari si stia organizzando per il futuro, non prevedendo e quindi non affrontando il livello di vivibilità dei deboli. In questa prospettiva la politica è madre e figlia del disinteresse. Non abbiamo nessun alleato: non nella popolazione «regolare» che pensa a sé; non nelle agenzie della solidarietà (sindacati) pressate dagli interessi dei propri iscritti, nemmeno tra noi stessi, incapaci di fare fronte comune e offrire indicazioni di ampio respiro.

Anche i più esigenti pensano ai propri militanti in cerca di lavoro e di casa. Il vecchio non autosufficiente è veramente solo e abbandonato: sopravvive se ha una famiglia che lo ama; fosse per la coscienza collettiva sarebbe ricollocabile nei casermoni dall'acre odore di orina. La stessa Chiesa cattolica è rifluita nella logica dell'assistenzialismo, capace di offrire pasti caldi e biancheria pulita usata. Anch'essa ha altri temi prioritari: gli ultimi sono proprio ultimi.

A chi serviamo?

La sintesi dei disagi che viviamo è rappresentata dalla nostra relazione con la politica. Una relazione che ha due debolezze: per quanto sta a noi, di dover essere filogovernativi per sopravvivere; per la politica, di non essere interlocutrice di nessuno.

Sembra che l'assetto della società italiana si sia stabilizzato intorno agli interessi del cosiddetto «centro». Un'espressione che non è solo rivelatrice delle politiche da adottare, ma che vede nel nucleo «regolare» della popolazione l'epicentro degli interessi, dei dibattiti, delle risposte. Al di là delle differenziazioni lessicali, l'interesse per il «centro» coinvolge tutto l'arco della politica. In questo quadro siamo considerati e ci sentiamo periferici. Per questo non ci entusiasmano i processi di rinnovamento dei partiti e delle loro alleanze. Comunque gli assetti saranno, abbiamo certezza di non essere interlocutori. Non per chi siamo; ma per gli ambiti che rappresentiamo. Insomma la politica si sta occupando del core-business dell'Italia, che non siamo noi.

Tre esempi. La discussione sui DICO è rivelatrice dell'attenzione ai benestanti, con la richiesta di riconoscimento di diritti per persone che hanno carte in regola in termini culturali, economici, sociali, ai quali manca un piccolo pezzo che è il riconoscimento di veri o presunti diritti. Come si fa a parlare di famiglia in Italia non partendo dai suoi problemi strutturali: la casa, le risorse, la povertà; la denatalità, i giovani, l'invecchiamento, la non autosufficienza?

Altro esempio è quello dell'indulto. L'unica discussione parlamentare e sociale è stata quella di sapere quale impatto avrebbe avuto sulla popolazione regolare. A nessuno ha interessato la finalità dell'indulto e cioè i soggetti che ne erano coinvolti. In fondo in fondo la cultura prevalente è quella di chiudere la porta e «buttare la chiave». Per questo motivo l'indulto non è stato accompagnato da nessuna politica d'integrazione.

Infine la prostituzione: le uniche discussioni sono sulla pulizia delle strade. Un governo che garantisse tale servizio sarebbe il migliore del mondo. Che cosa avviene all'interno di quel mondo di violenti e profittatori, di vittime e di bavosi clienti, non interessa proprio nulla. Si comprende la solitudine profonda a operare per persone deboli che non hanno solidarietà.

La nostra storia c'impedisce di essere operatori ecologici che mantengono pulita la città. Ce lo vieta la nostra coscienza e la dignità delle persone con le quali viviamo e alle quali ci sforziamo di offrire futuro.

Capodarco, maggio 2007.

* *Sacerdote della Diocesi di Fermo, è abate-parroco dell'antica abbazia di S. Marco alle Paludi - responsabile della Comunità di Capodarco nazionale, organismo che federa attualmente 14 comunità residenziali, sparse in 10 regioni, con un migliaio di soci.*

Notizie dal Collegio

Riceviamo dal Direttore generale dell'A.O.

Un risultato decisamente superiore alle aspettative è il giudizio scaturito dall'indagine di customer satisfaction espresso dagli utenti della nostra Azienda in merito alla qualità dell'assistenza infermieristica erogata.
Su più di 1200 questionari distribuiti sia in area ambulatoriale che in area degenza, il 100% degli utenti ha espresso un giudizio positivo nei confronti della professionalità ed efficienza degli operatori sanitari.
Il giudizio complessivo non si scosta significativamente da quello degli anni precedenti e non rappresenta in fondo una sorpresa. In parecchie circostanze mi sono giunte numerose espressioni di elogio rivolte al personale infermieristico da parte di cittadini che hanno ritenuto di manifestarmi la loro soddisfazione. Certo raggiungere il 100% di giudizi di massima soddisfazione è fatto inconsueto.
Il riscontro ottenuto dall'analisi dei questionari non fa che confermare l'insostituibilità del ruolo dell'infermiere che offre la propria esperienza e competenza per assistere e curare con attenzione ogni persona..
A fronte di questi risultati mi congratulo con il personale infermieristico e nel ribadire i principi fondamentali che animano le professioni sanitarie quali la scelta del prendersi cura delle persone che hanno bisogno di assistenza invito tutti gli operatori sanitari medici e non medici, ed in particolare le figure professionali dell'area infermieristica, a continuare con la serietà che caratterizza l'impegno nel percorso intrapreso.
L'impegno è quello di sempre: essere all'altezza dei compiti sia sul piano umano che professionale.

Il Direttore Generale
Dr. Roberto Rotasperti

ECM crediti per il triennio 2008-2010

In data 1 agosto 2007 è stato siglato l'accordo Stato–Regioni concernente il "Riordino del sistema di Formazione continua in Medicina".
Nell'accordo è riportato, tra l'altro, che ogni operatore sanitario deve acquisire 150 crediti formativi nel triennio 2008-2010 secondo la seguente ripartizione:
50 crediti/anno (minimo 30 e massimo 70 per anno) per un totale di 150 nel triennio 2008-2010.
In particolare, dei 150 crediti formativi del triennio 2008-2010, almeno 90 dovranno essere "nuovi" crediti, mentre fino a 60 potranno derivare dal riconoscimento di crediti formativi acquisiti negli anni della sperimentazione a partire dall'anno 2004 fino all'anno 2007.
Le misure legate agli incentivi e/o alle sanzioni che interverranno in ordine all'acquisizione dei crediti formativi saranno adottate e rese note a seguito di un confronto con i soggetti interessati (parti sociali, organizzazioni di categoria, ecc.).

CREDITI PER L'ANNO 2007

Per l'anno 2007 è confermato il debito formativo per gli operatori sanitari fissato in n. 30 (trenta) crediti formativi PROROGA DELLA FASE SPERIMENTALE FINO AL 31 DICEMBRE 2007
E' prorogato il vigente programma sperimentale d'educazione continua in medicina fino e non oltre il 31 dicembre 2007
L'accordo completo è visionabile sul sito del Collegio IPASVI: ww.ipasviso.org

IL COLLEGIO E LA FORMAZIONE CONTINUA

Ancora per richiesta d'alcuni iscritti torniamo sull'argomento della formazione continua in medicina, meglio conosciuta attraverso la sua sigla ECM.
Nella stessa pagina trovate l'accordo, appena siglato, Stato – Regioni che conferma in sostanza l'intero progetto. Il Collegio sin dall'inizio del programma di formazione ha colto la necessità di provvedere e organizzare quindi un'intenso programma, con l'intento di agevolare la partecipazione degli iscritti nella nostra Provincia; anche perché la proposta formativa delle Aziende Sanitarie era ancora insoddisfacente. Tale impegno ha dovuto trovare un'autonoma gestione finanziaria, perché un nuovo capitolo di spesa non poteva essere aperto non essendo prevista la formazione tra i compiti istituzionali del nostro Ente. Il programma di gestione, quindi, dopo l'approvazione in Consiglio Direttivo è stato approvato nell'Assemblea annuale degli Iscritti diventando così il nuovo impegno del Collegio.
In questi anni, abbiamo notato che la quota richiesta per la partecipazione alle nostre iniziative riusciva a coprire le spese sostenute, visto il "mercato" le varie Agenzie formative si sono sempre chieste come facessimo a gestire il programma con la quota pro capite di € 25 richiesta ai partecipanti.
Ogni anno il Tesoriere ha informato gli iscritti durante l'Assemblea annuale in merito al bilancio legato all'ECM, sempre siamo riusciti a chiudere in pareggio e questo rimane motivo d'orgoglio per l'intero Consiglio Direttivo, legato anche al fatto che i giudizi espressi sulla qualità della nostra formazione sono sempre stati più che corretti.
Quest'anno, per la prima volta, abbiamo dovuto rivedere il progetto formativo alla luce di nuovi eventi primo dei quali la scarsa partecipazione ad un progetto di formazione in ambito pediatrico che vedeva tra i Relatori i massimi esperti nazionali sul tema, il convegno prevedeva la partecipazione di 240 Colleghi, ma, al momento delle iscrizioni, solo 38 persone chiedevano di partecipare; contemporaneamente un altro corso, previsto in due edizioni ha visto 10 iscrizioni su 50 preventivate.
Abbiamo dovuto, nostro malgrado, annullare il primo evento, mentre la seconda iniziativa, visti i costi più contenuti, si è realizzata.
La riflessione che il Consiglio Direttivo ha fatto sostanzialmente trova nelle cause del fenomeno i seguenti punti:

- Il programma ECM nel suo impianto ha trovato, prima dell'accordo appena siglato tra Stato e Regioni, scarsa adesione soprattutto perché gli infermieri sono stanchi di partecipare agli eventi formativi;
- La valutazione del progetto formativo dei singoli professionisti non esiste e l'obbligo appare ai più, solo formale;
- Spesso l'infermiere trova difficoltà ad ottenere permessi per la formazione e questo è un altro disincentivo;
- La formazione Aziendale ha incrementato la proposta formativa e alcuni Colleghi non presentano debiti;
- I corsi proposti dal Collegio hanno un costo e i Colleghi ritengono onerosa la formazione continua.

Oggi ci troviamo ad offrire nuovi eventi, perché ancora c'è richiesto quest'impegno; se le adesioni saranno ancora inferiori all'offerta, per motivi legati ad un bilancio che deve essere autonomo, dovremo nostro malgrado rinunciare a gestire in proprio la formazione.
Rimarrà sempre la disponibilità a donare i nostri contributi ad altre Agenzie formative, prime tra queste le due Aziende.

INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA

IPASVI

Sondrio, 26 aprile 2007
Prot. 271/07-tb

Oggetto: Ambulatori infermieristici

Al Presidente Ordine dei Medici Chirurghi
Via Trento 68
23100 SONDRIO
Agli iscritti IPASVI Provincia di Sondrio
TRAMITE PARLIAMONE*23100 Sondrio*

Collegio Provinciale di Sondrio

Egregio Presidente,
Con la presente ho il piacere di comunicare, anche a seguito di una richiesta pervenuta da parte di un cittadino al Collegio Ipasvi di Sondrio, circa la legittimità dell'ambulatorio infermieristico e, a tal fine, sono a precisare quanto segue: l'ambulatorio infermieristico, recente modello organizzativo, trova i suoi presupposti su importanti innovazioni, primo fra tutti la diminuzione dei posti letto per acuti e il conseguente e necessario potenziamento dei servizi territoriali. L'altro presupposto è da ricercare nella profonda evoluzione della professione infermieristica in quanto norme specifiche hanno portato al riconoscimento dell'assistenza infermieristica sul piano dell'iter formativo universitario, dello stato giuridico e della conseguente autonomia professionale. Diretta conseguenza di quanto sopracitato è la consapevolezza che molti bisogni assistenziali possono essere soddisfatti da una prestazione infermieristica effettuata in autonomia.
L'ambulatorio infermieristico territoriale rappresenta un nuovo modello di organizzazione e di gestione dell'assistenza infermieristica in grado di rispondere alle esigenze della collettività. Può essere attivato e gestito da Infermieri liberi professionisti, in forma individuale o associata , oppure costituire parte integrante del sistema sanitario nazionale o di comprensori comunali. Nel nostro Paese gli ambulatori infermieristici sono stati istituiti, attraverso disposizioni legislative regionali e/o locali, in diverse regioni sia a livello territoriale che all'interno di strutture ospedaliere.
L'ambulatorio infermieristico presente nella nostra Provincia è gestito in libera professione ed ha ricevuto il parere favorevole igienico sanitario finalizzato al rilascio del nulla osta da parte dell'Azienda Sanitaria della Provincia di Sondrio, il conseguente nulla osta all'esercizio della attività da parte del Comune e l' autorizzazione alla pubblicità sanitaria da parte del Comune, sentito il parere favorevole del Collegio Professionale territoriale e ricevuta l'autorizzazione dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Sondrio.
La presente comunicazione all'Ordine da Lei presieduto ha, oltre la doverosa informazione, lo scopo di promuovere tra i suoi Iscritti l'informazione perché possa essere apprezzata l'opportunità di questi nuovi servizi di cui potranno beneficiare i cittadini fruitori del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Presidente
Ercole Andrea PIANI

Collegio provinciale Infermieri Professionali
Assistenti Sanitari – Vigilatrici d'Infanzia (IPASVI) di Sondrio
Sondrio- Via IV Novembre n. 11

Deliberazione n. 8/07

del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di SONDRIO

OGGETTO:

MOZIONE PER INFERMIERI CONDANNATI A PENA DI MORTE DAL GOVERNO LIBICO.

Il giorno 16 marzo 2007 nella sede legale del Collegio IPASVI, Sondrio, Via IV Novembre n. 11,

il Consiglio Direttivo
(verbale n.3/07)

constatata la presenza del numero legale
Favorevoli: 10
Contrari: 0
Astenuti: 0

Vista

- La nota della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI del 22 gennaio 2007 nella quale si chiedeva di porre all'attenzione del consiglio direttivo la questione degli operatori sanitari condannati a morte dal governo libico che li riterrebbe responsabili di aver contagiato a morte decine di persone (in massima bambini) ricoverati all'ospedale di Bengasi;

Considerando

- che la sentenza appare abnorme e sconcertante anche perché basata su prove inesistenti laddove le evidenze mediche internazionali hanno dimostrato (non ascoltate) l'inconsistenza del castello accusatorio;

Ratifica con delibera

la decisione, presa con urgenza dal Presidente Piani, in data 7 febbraio 2007 che anche a nome dei millenovecentoquaranta iscritti all'albo del collegio IPASVI di Sondrio ha inoltrato una mozione rivolta al Governo italiano per conto dell'On. Massimo D'Alema, perché potesse intervenire avanti alle autorità libiche perorando la causa degli Infermieri e degli altri operatori sanitari condannati ingiustamente.

Sondrio, 16 marzo 2007

Letto, approvato e sottoscritto.

Il Presidente
Ercole Andrea PIAN

La Segretaria
Marisa AMBROSINI

Notizie dal Collegio

"Riforma dell'ordinamento delle professioni intellettuali"

Proposta di legge di iniziativa popolare

È in corso anche nella provincia di Sondrio la raccolta di firme per la proposta di legge che mira ad aggiornare e modernizzare l'ordinamento delle professioni sanitarie, tra le quali si inserisce anche la professione infermieristica. Ai sensi degli articoli 33 e 117 della Costituzione, il fine è quello di:

- Tutelare gli interessi generali e collettivi connessi con l'esercizio professionale
- Favorire l'iniziativa dei professionisti e delle relative organizzazioni per lo svolgimento di attività di interesse generale sulla base del principio di sussidiarietà.
- Valorizzare la funzione economica e sociale della professione, quale risorsa prioritaria del settore dell'economia della conoscenza.

E' possibile firmare recandosi presso i Comuni nelle cui liste elettorali si è iscritti, dove sono presenti tutti i moduli necessari, avendo con sé un documento di identificazione, **fino al 31 ottobre 2007.** Il coordinamento della raccolta firme è a cura dell'Associazione Libere Professioni della Provincia di Sondrio. Sono invitati ad aderire tutti i cittadini italiani con diritto di voto e residenti in Italia.

Stante l'importanza che finalmente la regolamentazione delle professioni intellettuali sia coerente con le esigenze della società attuale, anche gli infermieri sono invitati a considerare l'opportunità data da questa iniziativa legislativa e a partecipare quali cittadini consapevoli del ruolo che anche la nostra professione ormai ha assunto.

INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA

IPASVI

Sondrio, 22 agosto 2007
Prot. 471/07-tb

Oggetto: Dimissioni dalla carica di consigliere Infermiera AFD Camilla PARUSCIO.

Collegio Provinciale di Sondrio

- AL MINISTERO DELLA SALUTE div. VI	ROMA
- AL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA	ROMA
- AL MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE	ROMA
- AL MINISTERO DELL'UNIVERSITA' E RICERCA SCIENTIFICA	ROMA
- AL MINISTERO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE	ROMA
- ALLA FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI	ROMA
- ALL' E.N.P.A.P.I.	ROMA
- ALL'ASSESSORATO REGIONALE ALLA SANITA'	MILANO
- AL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA	SONDRIO
- A S.E. IL PREFETTO	SONDRIO
- AL SIGNOR QUESTORE	SONDRIO
- AL PRESIDENTE DEL TRIBUNALE CIVILE E PENALE	SONDRIO
- AL PROCURATORE DELLA REPUBBLICA	SONDRIO
- AL COMMISSARIO STRAORDINARIO COMUNE DI	SONDRIO
- AL PROVVEDITORE AGLI STUDI DI	SONDRIO
- AL MAGNIFICO RETTORE UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI	MILANO
- AL MAGNIFICO RETTORE UNIVERSITA' DEGLI STUDI MI-BICOCCA	MILANO
- AL DIRETTORE GENERALE AZIENDA OSPEDALIERA DELLA VALTELLINA E DELLA VALCHIAVENNA	SONDRIO
- AL DIRETTORE GENERALE AZIENDA SANITARIA LOCALE	SONDRIO
- AL DIRIGENTE S.I.T.R.A. AZIENDA OSPEDALIERA DELLA VALTELLINA E DELLA VALCHIAVENNA	SONDRIO
- ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI	SONDRIO
- ALL'ORDINE DEI FARMACISTI	SONDRIO
- ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI	SONDRIO
- AL COLLEGIO DELLE OSTETRICHE	SONDRIO
- ALLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI DELLA PROVINCIA DI SONDRIO	LORO SEDI
- AI COLLEGI IPASVI D'ITALIA	LORO SEDI
- AGLI ISCRITTI ALL'ALBO	**tramite Parliamone**

A seguito delle dimissioni dalla carica di Consigliere della Sig.ra Camilla PARUSCIO, in ottemperanza alle vigenti disposizioni di legge il Consiglio direttivo del Collegio IPASVI di Sondrio per il triennio 2006/2008 risulta così composto:

PRESIDENTE	IP-AFD Ercole Andrea PIANI
VICE PRESIDENTE	IP Rosella BARAIOLO
SEGRETARIO	VI Marisa AMBROSINI
TESORIERE	IP Edo BAGIOLO
CONSIGLIERE	IP Alberta ACQUISTAPACE
CONSIGLIERE	IP-AFD Ida BERTELLI
CONSIGLIERE	IP Nevilla BORSI
CONSIGLIERE	IP Chiara FOGNINI
CONSIGLIERE	IP Michela GIANOLA
CONSIGLIERE	IP Carmela ONGARO
CONSIGLIERE	IP-AFD Bruno ORSINI
CONSIGLIERE	IP-AFD Adelaide TUDORI
CONSIGLIERE	IP-AFD Giuseppina VANOTTI
CONSIGLIERE	IP Andrea VIVIANI

Nota per gli Iscritti all'Albo.

IL Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI della Provincia di Sondrio, preso atto delle dimissioni della Collega Camilla, vuole con la presente ringraziarla per il prezioso contributo reso nei vari progetti e iniziative a cui ha partecipato, e formula alla stessa i migliori auguri.
Con riconoscenza e stima.

Il segretario
V.I. Marisa AMBROSINI

Il Presidente
IP.AFD Ercole Andrea PIANI

Un infermiere perplesso

Pavia, 03 luglio 2007

Carissimo Presidente Piani,
sono Matteo Caneva, Infermiere da circa tre anni e mezzo ed iscritto presso codesto collegio.
Le scrivo questa E-Mail poiché è da tempo che provo una certa frustrazione nel vedere come, a livello nazionale, il Coordinamento dei Collegi IPASVI latiti soprattutto in ambito mediatico. Le porgo alcuni esempi:
- Puntata di "Porta a Porta", trasmissione di RaiUno dedicata al degrado strutturale degli ospedali romani. Presenti in studio come ospiti: il Ministro Turco, l'on Formigoni, il Presidente dell'Ordine dei Medici e, come rappresentante degli Infermieri, la bella Nicole Grimaudo, attrice in una fiction allora in onda nella quale interpretava il ruolo della Caposala ventenne innamorata del Primario (?!?);
- Due settimane fa, sempre a Roma, circa trecento colleghi come sempre definiti "Paramedici" (?!?), per protestare contro la loro condizione ormai al limite della sopportabilità umana si sono assentati contemporaneamente dal lavoro, mandando in tilt il sistema. I media, Telegiornali e Quotidiani, hanno dipinto tutto ciò come assenteismo ingiustificato ad opera di personale subordinato senza alcun diritto, ma con tantissimi doveri. E nessuno del Coordinamento nazionale a dire la sua, a difendere la nostra professione e la professionalità degli Infermieri. Al massimo c'è il sindacalista di turno o il Direttore Sanitario del nosocomio a dir la loro ed a rassicurare i cittadini che tutto tornerà a norma, magari punendo i cattivi Paramedici dopo aver mandato a casa loro una visita ispettiva.
Ormai la situazione, caro Presidente, sta scappando di mano.
Mi è capitato varie volte, guardando su Unica Lombardia il nostro TG locale, di assistere ai suoi interventi riguardo la situazione della Sanità in Valtellina, del fatto che tra alcuni anni vi sarà carenza di Infermieri in valle etc.etc.
Perché ciò non avviene anche a livello nazionale? Perché la Presidentessa Annalisa Silvestro o altri rappresentanti ufficiali dei Collegi IPASVI non partecipano a programmi televisivi o non vengono mai intervistati quando nelle notizie c'è la professione infermieristica in primo piano?
L'immagine della nostra professione è assolutamente, e spero non drasticamente, compromessa.
Tutti quelli che lavorano negli ospedali, se non Medici, sono Infermieri, senza far distinzioni tra ausiliari, portantini, badanti e via dicendo.
Di modi per aumentare la nostra riconoscibilità sociale ce ne sarebbero a decine (ad es. una divisa ufficiale unica, articoli su quotidiani, manifestazioni etc. etc.), ma senza una presa di posizione netta e decisa del Coordinamento Nazionale ciò non è possibile.
Certo, sradicare dalla mentalità comune l'idea dell'Infermiera "missionaria" succube del "Signor Medico" è cosa molto complicata, ma lo è anche, a mio avviso, quello di convincere con una semplice petizione un governo a non condannare alla pena capitale cinque college bulgare.
Scusi questo sfogo, ma è da tempo che volevo liberarmi di un peso che stava ormai diventando insopportabile.
Io sono innamorato della mia professione, è come se qualcuno continuasse ad insultare una fidanzata, e l'amante andrebbe difesa con ogni mezzo.
Ringraziandola vivamente della sua attenzione, le porgo i miei più cordiali saluti e mi rendo disponibile sin d'ora per eventuali chiarimenti.

dott. Inf. Matteo Caneva

P.S.: ho indirizzato questa E.Mail al mio Collegio di appartenenza poiché non ho trovato alcun recapito telematico riguardante la Federazione nazionale.

Carissimo Collega,
innanzitutto grazie per la comunicazione che ci hai inviato che ho ritenuto opportuno "girare" ai Colleghi.
I problemi che sollevi sono motivo di continuo dibattito anche nel nostro Consiglio Direttivo e a onor del vero spesso anche di confronto in Consiglio Nazionale.
E' vero che troppe volte la stampa e i mezzi di informazione utilizzano altre fonti quando trattano i nostri problemi; so per certo che più volte abbiamo richiesto maggior attenzione e sempre siamo stati pronti ad intervenire ma raramente i correttivi adottati hanno portato beneficio.
Il nostro Collegio è solidale con gli infermieri che soprattutto nelle aree metropolitane sono esasperati da turni di lavoro massacranti; abbiamo chiesto in Regione il rispetto degli accordi sul lavoro – questo comporterà una rivisitazione delle piante organiche da sempre sottostimate.
Per quanto concerne le Colleghe infermiere Bulgare rimando alla Delibera del Collegio.
Ti ringrazio ancora per il prezioso contributo e auguri per il tuo lavoro.

Ercole Piani

Il tuo Collegio in linea
www.ipasviso.org

Ricordiamo agli Iscritti e ai simpatizzanti che tante notizie le trovi sul nostro sito che è costantemente aggiornato e che da anni è a tua disposizione.

Pagina dei Bambini

Mamma non avere paura se il tuo bimbo ha la diarrea

Breve vademecum

di Cristiana Malorgio e Emilio Palumbo

La diarrea acuta e più in generale le enteriti rappresentano la causa di morte più importante nei Paesi del Terzo mondo e, ancora, uno dei motivi più frequenti di ricorso alle cure mediche e di ospedalizzazione nei Paesi Industrializzati.
Procediamo con ordine

Cosa vuol dire diarrea?

La diarrea è l'emissione di feci abbondanti e liquide in genere ripetute (ma anche un unico episodio può essere definito diarroico se abbondante e liquido) che comportano la perdita significativa di acqua.
Ogni scarica diarroica comporta, in un bambino la perdita di circa 140-150 ml di acqua con circa 40-60 mEq di elettroliti di sodio e potassio, circa un bicchiere a scarica quindi.

Quali sono le cause della diarrea?

Le cause sono essenzialmente 2:
- l'infezione
- il purgante (diarrea osmotica)

nel caso di un bambino diarrea acuta è sempre sinonimo di gastroenterite, cioè di una infiammazione della parete intestinale con conseguente rallentato transito dello svuotamento gastrico, in poche parole, dal punto di vista clinico la diarrea è quasi sempre preceduta e/o accompagnata dal vomito. Quest'ultimo rappresenta il vero motivo di ricorso alle cure mediche, ospedaliere.
In Italia la causa più frequente di enterite è virale, anche se l'infezione dal salmonella species (non Typhi) ha un picco di incidenza in estate legato, probabilmente, alla scarsa igiene nel manipolare alcuni alimenti.
La differenza tra forme virali e forme batteriche può essere ipotizzata sulla sintomatologia di esordio dei diversi quadri. La presenza di sangue nelle feci e febbre elevata è suggestiva, ma non esclusiva di un quadro di natura batterica, mentre il solo coinvolgimento intestinale è legato alle forme virali.
Da un punto di vista patogenetico i virus danneggiano gli enterociti a carico dell'apice del villo dando una diarrea osmotica; le forme batteriche, invece, attraverso la produzione di tossine danneggiano tutti gli enterociti e le scariche sono molto ricche di cloro a causa della morte cellulare.

Un ultima causa di diarrea è quella da antibiotici: legata allo squilibrio della flora intestinale con alterazioni nell'ecosistema ed al rapido sviluppo di patogeni resistenti al trattamento antibiotico e produttori di tossine come il Clostridium difficile.
La diarrea da abuso di lassativo è rarissima nel bambino è quando questa viene diagnosticata è frutto di un'alterata e patologica relazione tra madre e figlio (S. di Munchausen)

Quali sono gli agenti responsabili?

Il Rotavirus rappresenta l'agente più conosciuto insieme all'Adenovirus. Entrambi questi agenti patogeni hanno la capacità di superare la mucosa gastrica resistendo alla acidità dello stomaco e di colonizzare il tessuto enterico. Non sono gli agenti eziologici più frequenti preceduti entrambi dal virus di Norwalk responsabile delle forme note come "influenze invernali".
Recentemente, con l'affinarsi delle tecniche per individuare i diversi agenti patogeni si è visto come il Rotavirus sia responsabile delle forme ad importante componente diarroica del lattante, mentre il Norwalk si osservi nei quadri caratterizzati da vomito e dolori addominali del bambino più grande.
L'effetto patogeno dei diversi agenti virali si esaurisce in meno di 48 ore, ma il virus può rimanere nella parente intestinale anche per più do un mese dando luogo a riacutizzazioni, se non a persistenza della sintomatologia, dando luogo a forme subcliniche di malassorbimento, cronicizzazione (diarrea persistente post-enterica), capacità infettante del bambino per più di 2 mesi nonostante la guarigione clinica.
Tutte queste speculazioni mediche non danno, di fatto alcun vantaggio dal punto di vista pratico- terapeutico.
Le forme batteriche rappresentano il 12% di tutte le forme di diarrea e la Salmonella è l'agente più frequentemente coinvolto nel nostro Paese, seguita da alcune forme di E. Coli.

Complicanze

Una diarrea acuta può uccidere per disidratazione, quando la perdita di peso è maggiore del 15% e sia presente uno stato di shock, ma questo rappresenta un evento eccezionale nei paesi industrializzati, mentre è ancora troppo frequente in quelli del terzo mondo.
La complicanza più temuta è rappresentata dalla iperelettolitemia, evento più frequente nel bambino di pochi mesi (per la ridotta capacità di provare la sete, per l'immaturità del sistema renale incapace di concentrare le urine).
La viremia è un evento frequente, ma una vera complicanza da diffusione di un agente patogeno (meningoencefalite) è rarissima con evoluzione tendenzialmente benigna.
La sindrome uremico-emolitica dovuta alla verotossina "liberata" dall'utilizzo dell'antibiotico, e anche quella meno seria di portatore sano di Salmonella sono diventate rare da quando esista la proibizione "ufficiale" dell'antibiotico nella diarrea (mal-uso già noto da diverso tempo).

Trattamento

Di fatto non esiste terapia per il trattamento della diarrea acuta in quanto tale, lreidratazione rappresenta la correzione dello stato di disidratazione con diselettrotidemia conseguenza dell'enterite.
Proprio dai Paesi del Sud del mondo, dove esistono pochi mezzi per le cure mediche ci vengono le migliori indicazioni per il trattamento della disidratazione da diarrea acuta.
La **soluzione glico-salina** è in grado di sopperire la perdita di elettroliti e di acqua in maniera più che adeguata. Questa è stato l'intervento sanitario che ha avuto l'impatto favorevole più rilevante sulla mortalità infantile.
Cosa dice la letteratura degli ultimi anni a riguardo:
- la soluzione reidratante è la più sicura e veloce nel correggere la disidratazione e l'acidosi metabolica rispetto alla infusione per via endovenosa. Il tempo necessario è pari a circa 4-6 ore
- Anche il bambino con vomito tollera la soluzione reidratante quando somministrata "poco e spesso" piccole dosi, a temperatura del frigo in modo da ridurre lo stimolo al vomito. Se è necessario reidratare di notte appare utile utilizzare il sondino naso-gastrico. Il bambino grande che si disidrata ha sete e quindi assume la soluzione anche se non è molto palatabile.
- La soluzione migliore in Europa è quella che fornisce 60 mEq/l di Na ed un apporto di glucosio pari al 2%. Soluzioni che contengono amido di riso hanno un leggero vantaggio rispetto al glucosio in quanto favoriscono il riassorbimento del sodio a livello ileale. Da aborrire l'utilizzo di soluzioni alternative come quelle utilizzate dagli sportivi (vedi Gatorade Isostad).

Se un bambino ha perso più del 10% del peso e sono presenti i segni clinici di una disidratazione mediograve (evento rarissimo nel nostro Paese nel bambino più grande, di più facile riscontro nel lattante) è indicato procedere alla ospedalizzazione del bambino e ricorrere alla reidratazione per via endovenosa. La reidratazione va fatta il più rapidamente possibile (6 ore) e deve fornire la quantità di liquidi persa. Questo è ancora più importante se il bambino ha perso il 15 % del peso corporeo. Alla fine della reidratazione il piccolo ha "cambiato faccia" e se prima vomitava ora non vomita più. Dopo le prime sei ore è utile procedere più lentamente e con più oculatezza per avviare la fase di mantenimento.

No antibiotici: l'indicazione alla terapia antibiotica nella diarrea acuta è convenzionalmente limitata al lattante piccolo con diarrea mucoematica e stato settico.
L'uso di antibiotici è da abolire quando si tratti di infezione di E. Coli per la possibile e gravissima complicanza di sviluppare la sindrome uremico-emolitica per la massima liberazione della tossina responsabile.
Dunque nessun farmaco nella diarrea acuta.
Metoclopramide (Plasil) o domperidone (Peridon) sono farmaci potenti, sprovvisti alle dosi terapeutiche di effetti collaterali, ma di fatto possono fornire qualche aiuto quando è presente vomito se utilizzati per via rettale all'esordio della sintomatologia.
Reidratando il bambino per via orale o per via endovenosa si riesce a superare agevolmente il problema dell'emesi. Nelle epidemie da influenza intestinale questi due farmaci sono ancora utile per consentire la correzione della disidratazione.
La loperamide (Dissenten, Imodium) utile, forse nell'adulto, nel lattante comporta più rischi che vantaggi. È un farmaco fuorilegge per questa età
Lo stesso discorso vale per la colestiramina che può rappresentare un ausilio cosmetico-terapeutico nelle forme di diarrea protratta del bambino grandicello.

Quando e come rialimentare il bambino

La rialimentazione precoce (dopo 4-6 ore) con alimenti normalmente assunti dal bambino favorisce una più rapida ripresa funzionale dell'intestino (con normale ripresa della permeabilità).
Il digiuno non va confuso con la reidratazione come si

è fatto in passato. Un bambino disidratato non ha voglia di mangiare, ed in generale i bambini come gli adulti con diarrea infettiva sono tendenzialmente inappetenti.
Esiste ancora riportata in alcuni testi per la pediatria a sospendere tutti gli alimenti compresi latte vaccino e latti artificiali.
Ormai diversi studi hanno dimostrato:
- il ritardo nella rialimentazione comporta l'avvio di un circolo vizioso con malnutrizione-diarrea-malnutrizione
- non rialimentare adeguatamente il paziente favorisce lo sviluppo di diarrea post-enterica sia la diarrea cronica aspecifica
- non bisogna assolutamente sospendere l'allattamento al seno del lattante
- non è utile diluire il latte che non richiede di essere cambiato né per la qualità degli zuccheri presenti né nelle proteine presenti.
- Non è utile utilizzare latti

senza lattosio, perché questo ritarda ulteriormente la normalizzazione della attività dell'enzima lattasi e la normale reintroduzione del latte intero.
Concludendo se un bambino con diarrea ha voglia di attaccarsi al seno, o di mangiare un biscotto è sicuramente un buon segno. Sostanzialmente il bambino che riprendere a mangiare secondo suo desiderio e senza restrizioni guarisce prima rispetto a quelli tenuti a digiuno
Molto spesso il numero di feci e la consistenza delle scariche restano alterati per diverso tempo; è normale osservare la scarica immediatamente dopo che il bambino ha assunto un pasto, indice della motilità intestinale non di una forma cronica di diarrea.
La possibilità di sviluppare una intolleranza alle proteine del latte vaccino dopo una enterite infettiva nei primi tre mesi di vita era descritta negli anni passati. Attualmente la diarrea cronica da ipersensibilità alle proteine del latte vaccino è quasi scomparsa grazie al benessere dei lattanti, all'aumento di quelli che assumono latte materno e alla qualità dei latti di formula presenti in commercio.
Concludendo: "la soluzione reidratante orale non dovrebbe essere considerata come un farmaco da somministrare su indicazione medica, bensì dovrebbe essere presente in ogni casa dove si trovi un bambino, ed essere immediatamente somministrata ai primi sintomi." (Massimo Fontana) ed è questo il vero "succo del problema" e l'unica vera prescrizione medica da fornire.

SOLUZIONI REIDRATANTI ORALI IDEALE SECONDO ESPGHAN
(Società europea di gastroenterologia epatologia e nutrizione pediatrica)

CHO Gr/L	Na (mEq/L)	K (mEq/L)	Cl (mEq/L)	BASE (mEq/L)	MOsm/Kg	Kca/L
13-20	60	20	25-60	10	200-250	52-80

SOLUZIONI ALTERNATIVE (ERRATE!!!)

	CHO Gr/L	Na (mEq/L)	K (mEq/L)	Cl (mEq/L)	BASE (mEq/L)	MOsm/Kg
Succo di mela	110	0,4	26	-	-	700
Coca-cola	109	4,3	0,1	-	13,4	656
Gatorade	59	21	2,5	17	-	377
Succo di arancia	104	0,2	49	-	50	654

Come si evince tutte queste sostanze sono controindicate per l'osmolalità elevata ed il contenuto di sodio assolutamente insufficiente. Analogamente, non vi è alcuna giustificazione all'impiego di bevande preparate in casa.

La riabilitazione pelvi perineale

di Carla Foppoli*

È indubbio che la riabilitazione del piano perineale ha assunto negli ultimi anni un'importanza fondamentale nell'armamentario terapeutico delle disfunzioni perineali.
Un contributo notevole alla sua dignità scientifica ed alla sua diffusione è stata data sicuramente dalla International Consultation on Continence che hanno avuto luogo a Monaco e a Parigi rispettivamente nel 1998 e nel 2001.
Il riconosciuto pioniere della riabilitazione perineale è il ginecologo A.Kegel che, oltre 50 anni fa, propose esercizi perineali per prevenire e/o trattare il prolasso genitale e l'incontinenza urinaria femminile. Nel 1948 Kegel sottolineò la necessità di una selettiva attivazione del muscolo elevatore dell'ano.
In Italia è stato attuato, a partire dalla fine degli anni 80, un **programma educativo** che ha provocato un crescente interesse da parte degli operatori sanitari nello specifico settore.
La riabilitazione perineale si è così inserita nei programmi terapeutici delle disfunzioni minzionali e colon proctologiche, dei disturbi della sessualità e del dolore cronico pelviperineale.
Il corretto approccio (diagnostico e terapeutico) alle disfunzioni perineali è comunque possibile solo attraverso l'attività coordinata di un gruppo di operatori ad

hoc addestrati: è pertanto il team
(urologo, ginecologo, sessuologo, ostetrica, infermiere, fisioterapista) la carta vincente di una qualsiasi programmazione che intende affrontare con successo patologie spesso complesse per il coinvolgimento di più funzioni con l'inevitabile ripercussione sulla qualità della vita e sull'autonomia sociale.
La riabilitazione del pavimento pelvico costituisce un vasto settore della riabilitazione uro – ginecologica nella sua globalità. Essa rappresenta ormai un importante approccio a notevoli disfunzioni uro-ginecologiche tra le quali vanno sicuramente segnalate l'incontinenza urinaria, il prolasso uro-genitale e l'incontinenza fecale. E' sempre raccomandata nel post partum, nelle fasi precoci della disfunzione perineale, nelle pazienti in attesa di chirurgia pelvica e nel periodo successivo ad intervento chirurgico pelvi addominale e nell'allettamento prolungato.

> ***"Ciò che l'uomo ha ereditato dai suoi padri, deve sempre riguadagnarselo coi propri sforzi per possederlo saldamente"***
>
> **Benedetto Croce**

OBIETTIVI DELLA RIEDUCAZIONE PERINEALE

Le tecniche riabilitative perineali, opportunamente selezionate secondo lo specifico problema, hanno tutte come obiettivo primario il miglioramento delle performances perineali al fine di consentire al perineo di poter espletare al meglio le sue funzioni di supporto dei visceri pelvici, di rinforzo sfinteriale uretrale e di contrasto alle iperpressioni endoaddominali.
Già Kegel riteneva che l'anormale funzione della muscolatura pelvica, riscontrata nel 30 - 40% delle donne, fosse causata in primo luogo da una scarsa conoscenza della regione seguita da deficit delle coordinazioni neuro muscolari (fattori razziali, educazionali, religiosi, violenze e fattori iatrogeni) possono determinare una scarsa "conoscenza" dell'area sfintero-perineale, rendendo ragione del non infrequente povero e non corretto reclutamento motoneuronale alla richiesta di un'attivazione volontaria dei muscoli perineali.
Da ciò emerge che il compito del riabilitatore è quello di facilitare l'apprendimento o il riapprendimento degli automatismi sfintero perineali e non solo il rinforzo muscolare in senso stretto.
Le indicazioni della CCP sono quindi di carattere preventivo e terapeutico.

Obiettivi

- Prevenzione
- Trattamento

Obiettivi generali

1. Correggere un'eventuale alterazione della statica lombo pelvica e/o della statica vescicale
2. Affinare la propriocettività vescicale e perineale
3. Migliorare il ciclo continenza minzione
4. Tonificare gli elevatori dell'ano attivando la muscolatura striata periuretrale e mantenendo positivo il gradiente pressorio vescica-uretrale.
5. Migliorare il riflesso di chiusura perineale allo sforzo
6. Porre le basi fisiche per una buona sensibilità vaginale e per un'ottimale sensazione orgasmica

Obiettivi specifici

1. Obiettivo ginecologico: prevenzione e/o terapia delle turbe della statica pelvica
2. Obiettivo uro – ginecologico: prevenzione e/o terapia dell'incontinenza urinaria
3. Obiettivo colon proctologico: prevenzione e/o trattamento dell'incontinenza flatulenza e fecale
4. Obiettivo sessuologico: trattamento del vaginismo, dispauremia, dolore cronico pelvico con positiva ripercussione sulla qualità della vita sessuale

Indicazioni preventive

- Pre e post partum
- Prima e dopo chirurgia pelvica
- Ipovalidità dell'elevatore dell'ano, secondaria a:
  - Turbe congenite
  - Neuropatia, anche sub clinica (da interessamento dei nervi pudendi, dopo parti laboriosi).
  - Algie perineali (con secondaria inibizione del m. pubo coccigeo).
  - Minor controllo corticale nel puerperio

– Età, limitazione dell'attività fisica, prolungato allettamento.

Indicazioni terapeutiche

- Incontinenza urinaria da sforzo
- Prolasso uro genitale
- Incontinenza fecale
- Urgenza minzionale ed incontinenza urinaria da ingenza
- Dolore pelvico cronico
- Dispauremia e disfunzioni sessuali e turbe sessuali organiche (anorgasmia, deficit erettivi).

ANATOMIA DEL PAVIMENTO PELVICO, STATICA E DINAMICA PELVICA

La pelvi femminile è occupata da visceri diversi disposti in senso antero posteriore e rappresentati da vescica, apparato genitale femminile e retto.
Esistono, tuttavia, evidenti analogie anatomiche funzionali tra questi organi. Sono visceri cavi, con pareti muscolari lisce, presentano un'irrorazione ed un'innervazione comune ed in modo particolare hanno un comune apparato connettivo di sospensione alle pareti pelviche ed una comune struttura muscolare aponeurotica di sostegno che chiude l'egresso pelvico.
I visceri pelvici, inoltre, sono organi ad alta "compliance", quindi possiedono una buona capacità di adattamento agli incrementi di volume senza che si verificano aumenti significativi della pressione endocavitaria.
Essi mantengono i rapporti reciproci e le connessioni con il cingolo osseo pelvico per merito del complesso sistema di sostegno costituito dalla fascia endopelvica, dall'arco tendineo della fascia pelvica e dal muscolo elevatore dell'ano con la sua aponeurosi.
Le prime due possono essere considerate un vero e proprio sistema di sospensione di tipo passivo dei visceri pelvici alle pareti laterali del bacino, mentre il secondo apparato è un sistema dinamico di supporto che interviene mediante una contrazione volontaria a garantire la contenzione e nello stesso tempo la funzione dei visceri.
Il connettivo della fascia endopelvica forma degli addensamenti lungo il decorso dei vasi e dei nervi, in modo da costituire delle strutture legamentose quali i legamenti uterosacrali posteriormente, i legamenti cardinali medialmente ed i legamenti pubouretrali anteriormente.
La seconda struttura di sospensione dei visceri pelvici è rappresentata dall'arco tendineo della fascia pelvica che corrisponde all'ispessimento della fascia stessa nel suo punto di inserzione dell'aponeurosi del muscolo elevatore dell'ano.

APPARATO DI SUPPORTO

Il sistema di supporto dei visceri pelvici è rappresentato da un sistema muscolare, diaframma pelvico che, a differenza del sistema di sospensione non è statico ma dinamico.
I muscoli del pavimento pelvico, pari e simmetrici, prendono origine dalla faccia interna del pube, dall'ileo e dall'ischio e convergono indietro verso il coccige.
Possiamo quindi distinguere una porzione pubica, muscolo pubo coccigeo, una porzione iliaca, muscolo ileo coccigeo, ed una porzione ischiatica, il muscolo ischio coccigeo.
Il muscolo pubo coccigeo è quindi una struttura costituita dall'insieme dei fasci muscolari citati precedentemente.
La muscolatura del diaframma pelvico è costituita da fibre muscolari con differente attività contrattile; possiamo distinguere, da un punto di vista funzionale:

- Fibre a contrazione lenta (fibre toniche "slow twitch fibres") che determinano un'attività muscolare di tipo tonico, costante e durevole nel tempo, che garantisce un adeguato tono muscolare sia a riposo che durante i lievi incrementi di pressione endoaddominale che si verificano durante le variazioni di postura o le normali attività fisiche.
- Fibre a contrazione rapida (fast twitch fibres), che possiedono un'attività fasica, il loro reclutamento determina una rapida e potente risposta contrattile di relativa breve durata, garantendo così la contenzione in ogni condizione di sforzo, ad esempio il colpo di tosse, lo starnuto, e nell'urgenza urinaria e di defecazione.

Nella loro porzione anteriore i fasci muscolari del pubococcigeo, non fondendosi tra loro sulla linea mediana, determinano la costituzione di uno iato, occupato dell'uretra e della vagina e dell'ano, il cosiddetto iato urogenitale.
In condizioni di normalità la contrazione tonica delle fibre del muscolo pubo coccigeo consente la compressione di uretra e vagina determinando la chiusura dello iato uretrovaginale e determina l'angolazione dell'asse del canale vaginale, del viscere uterino e della vescica tale da prevenire la possibilità di descensius (prolassi).
L'ipoattività del muscolo elevatore dell'ano, a seguito di danni muscolari o neuromuscolari, favorendo un progressivo allargamento dello iato urogenitale comporta il fallimento dei sistemi dinamici di supporto predisponendo la formazione di prolasso uro genitale e quindi all'incontinenza urinaria.
Il sistema passivo di sospensione di tipo connettivale ed il sistema attivo di contenzione di tipo muscolare sono in realtà due sistemi tra loro interdipendenti e l'integrità dell'uno dipende dall'integrità anatomica dell'altro. Una buona attività tonica della muscolatura del pavimento pelvico permette, infatti, di mantenere i visceri pelvici in sede. Viceversa, la riduzione dell'attività tonica e la perdita delle sue funzioni di supporto determina una progressiva distrazione del sistema di connettivale di sospensione che da solo non è in grado di garantire un adeguato sostegno.

FISIOLOGIA DELLA CONTINENZA URINARIA FEMMINILE

La continenza urinaria rappresenta la capacità di ritardare a piacimento la minzione in tempi e luoghi appropriati.
Perchè vi sia continenza è richiesta la validità di entrambe le fasi funzionali della vescica, la fase di riempimento e la fase di svuotamento.
Nella prima la vescica assume un ruolo passivo di serbatoio fino a circa 300 ml) dove l'urina si raccoglie, mentre nella seconda assume un ruolo attivo con la contrazione del detrusore ed il rilassamento dello sfintere uretrale.
Perchè sia garantita la continenza in qualsiasi situazione, statica e dinamica, è necessario l'esistenza di un gradiente pressorio uretro–sfinteriale positivo; ovvero la pressione uretrale deve essere sempre maggiore della pressione vescicale.
Altrettanto importante è l'integrità anatomica delle strutture di sostegno e di sospensione del collo vescicale e dell'uretra e dei centri del sistema nervoso che coordinano l'azione della muscolatura liscia e striata del basso tratto urinario r del pavimento pelvico.

FISIOLOGIA DELLA MINZIONE

1. Quando la vescica è piena la minzione inizia con il rilasciamento dello sfintere uretrale esterno e della muscolatura perineale.
2. Immediatamente dopo ha luogo un abbassamento della vescica che viene ad assumere una conformazione imbutiforme.
3. Dopo ha inizio la contrazione del detrusore (fasci muscolari variamente orientati in grado di causare una riduzione di tutti i diametri della vescica) con il contemporaneo rilassamento della muscolatura del colo vescicale e dell'uretra.
4. Lo stesso bolo urinario con la sua presenza distende ulteriormente le vie di deflusso: si ha così il flusso minzionale.

Le varie fasi della minzione (riempimento e svuotamento) si possono visualizzare soltanto attraverso i tracciati manometrici (test urodinamici).
Prima fase: il riempimento è legato alle proprietà muscolari ed elastiche della parete; il sistema ortosimpatico determina inibizione e rilasciamento del detrusore.
Seconda fase: contemporaneamente all'aumento del volume vescicale si ha l'aumento delle resistenze del collo vescicale e dell'uretra.
Raggiunto un riempimento di circa 200 ml viene solitamente percepito il primo stimolo minzionale; è questo il campanello d'allarme con il quale la vescica avverte i centri nervosi e sarà necessario svuotarla. A questo punto compare il riflesso del guardiano del Garry. Esso si scatena ogni qual volta una goccia di urina va a bagnare la prima porzione dell'uretra. Come effetto si ha un'ulteriore chiusura dello sfintere esterno che serrandosi impedisce un'eventuale perdita di urina.

FATTORI CHE INFLUENZANO LA CONTINENZA

- Integrità del serbatoio vescicale e sua impermeabilità al contenuto (fistole, reflussi).
- Stabilità del detrusore (ipereccitabilità, rigidità muscolare > tubercolosi, processi infiammatori, irradiazioni).
- Meccanismo del collo vescicale (il colo vescicale, cioè il punto di passaggio tra serbatoio e uretra) in condizioni di normalità rimane chiuso sia a riposo che sotto sforzo (tosse .- Valsalva).
- Sofficità uretrale la mucosa uretrale è pieghettata e in grado di collabire in modo da assicurare una perfetta tenuta idraulica. La sottomucosa uretrale nella donna fertile è turgida e vascolarizzata (azione estrogenica). L'ipoestrogenismo post menopausale determina una notevole riduzione del collagene periuretrale, riduzione del plesso vascolare periuretrale con conseguente atrofia dell'epitelio.
- Meccanismo uretrale estrinseco esercitato dalla muscolatura striata del pavimento urogenitale (muscoli del diaframma urogenitale e fionda muscolare pubo–coccigea) con un'azione di continenza attiva cioè all'interruzione volontaria del getto urinario.
- Meccanismo uretrale intrinseco esercitato dal tessuto connettivo e dal collagene con compressione del lume con collabimento della mucosa.
- Adeguato supporto anatomico e normale trasmissione della pressione addominale. normale posizione degli organi endopelvici assicurata da elementi di supporto e di sospensione.

INCONTINENZA URINARIA

Per incontinenza urinaria si intende la perdita involontaria di urina attraverso l'uretra, oggettivamente dimostrabile, di grado tale da rappresentare per la paziente un problema igienico e sociale:

- Incontinenza urinaria da sforzo (IUS) Si intende la perdita involontaria di urina durante gli aumenti della pressione addominale in assenza di attività detrusoriale.
- Incontinenza urinaria da urgenza. Perdita involontaria di urina associata ad un indomabile desiderio minzionale (iperattività detrusoriale > compliance).
- Incontinenza urinaria mista Perdita involontaria di urina associata ad entrambe le precedenti.

Una corretta quantificazione dell'incontinenza urinaria abbisogna di un test oggettivo (test del pannolino o Pad Test).

- **O minuti**
  Applicare pannolino prepesato
- **15 minuti**
  Bere 500 ml di acqua stando seduti
- **30 minuti**
  Camminare – Salire le scale
- **45 minuti**
  - Alzarsi e sedersi x 10 volte consecutive
  - Saltellare x 1 minuto
  ^ - Sollevare un oggetto da terra x 10 volte
  - Lavarsi le mani sotto acqua corrente x 1 minuto
- **60 minuti**
  - Togliere il pannolino, pesarlo, calcolare la perdita di urina
  - Determinare il volume del mitto

PROLASSO URO GENITALE

Con il termine prolasso genitale si suole definire la dislocazione verso il basso di parte dell'apparato genitale femminile; in particolare la vagina è sempre interessata, l'utero e la vescica molto sovente, il retto più raramente.
Il prolasso è la conseguenza del deterioramento delle strutture muscolo fasciali destinate al sostegno dei visceri pelvici.
Diversi fattori possono concorrere sia alla genesi del danno iniziale che all'evoluzione del quadro clinico.
Fattori congeniti
Esistono innanzitutto delle differenze individuali e razziali delle strutture del tessuto connettivo.
Le differenze razziali sono evidenti, poiché l'incidenza del prolasso genitale nella popolazione di colore risulta significativamente inferiore rispetto all'incidenza di tale patologia nella donna caucasica. Mentre a riguardo delle diversità individuali, donne che presentano strie gravidiche più larghe ed accentuate sono esposte ad un rischio maggiore di prolasso rispetto a donne con strie più sottili o assenti. Esistono inoltre patologie congenite del collagene (S. di Marfan) che si ripercuotono sul sistema legamentoso di sospensione minandone la robustezza e l'integrità. Cadute frequenti, distorsioni alle caviglie).
Anche il sistema di supporto muscolare, che svolge la sua funzione con attività di tipo tonico e fasico può essere deficitario a causa di difetti come nella distrofia muscolare.

Saggezze

Tu sai d'aver avuto un padre: fa' che lo possa dire tuo figlio.
William Shakespeare

La calunnia è come una moneta falsa. Molti, che non sarebbero capaci di emetterla, la farebbero poi circolare senza scrupoli.
Diane De Poitiers

La malattia mentale è l'incapacità di trovare qualcuno che ti sopporti.
Winnicott

Gli uomini che non hanno mai tempo sono quelli che fanno pochissimo.
G. Lichtenberg

Grande abilità saper nascondere la propria abilità.
F. La Rochefoucauld

Meglio essere occasionalmente imbrogliati che perennemente sospettosi.
B.C. Forbes

La nostra gloria più grande non sta nel non cadere mai, ma nel risollevarci sempre dopo una caduta.
Confucio

Il successo è l'abilità di passare da un fallimento all'altro senza perdere il tuo entusiasmo.
W. Churchill

FATTORI ACQUISITI

Con l'avanzare dell'età si assiste ad un progressivo depauperamento del sistema di sostegno in relazione sia all'esaurimento delle normali capacità rigenerative intra cellulari che alla nuova replicazione tessutale. Inoltre la ridotta impregnazione estrogenica che si verifica nel periodo post menopausale, induce una generalizzata ipoplasia connettivale e riduce la performance muscolare, compromettendo ulteriormente la funzionalità del pavimento pelvico.
Il trauma ostetrico, il numero delle gravidanze, rappresentano l'evento maggiormente correlato ai disordini della dinamica e della statica pelvica. Studi epidemiologici indicano nella multipara, nel numero dei parti operativi, nella macrosomia, nel prolungato travaglio, nelle lacerazioni perineali di 3°/4° grado, i fattori associati alla presenza di prolasso. Inoltre danni minimi, clinicamente non rilevabili quali disserzioni parziali o distrazione muscolari possono creare un loco di minore resistenza.
Altre cause di descensius sono incrementi cronici della pressione addominale come si osserva in caso di stipsi cronica e patologie polmonari croniche (tosse), eccessivo incremento di peso in gravidanza, sovrappeso, obesità, attività sportive e professioni a rischio (lavori manuali pesanti, sollevamento pesi).
Altra causa non irrilevante interventi chirurgici uroginecologici (laparoisterectomia, colposospensione) che vanno ad alterare la dislocazione dei visceri pelvici.

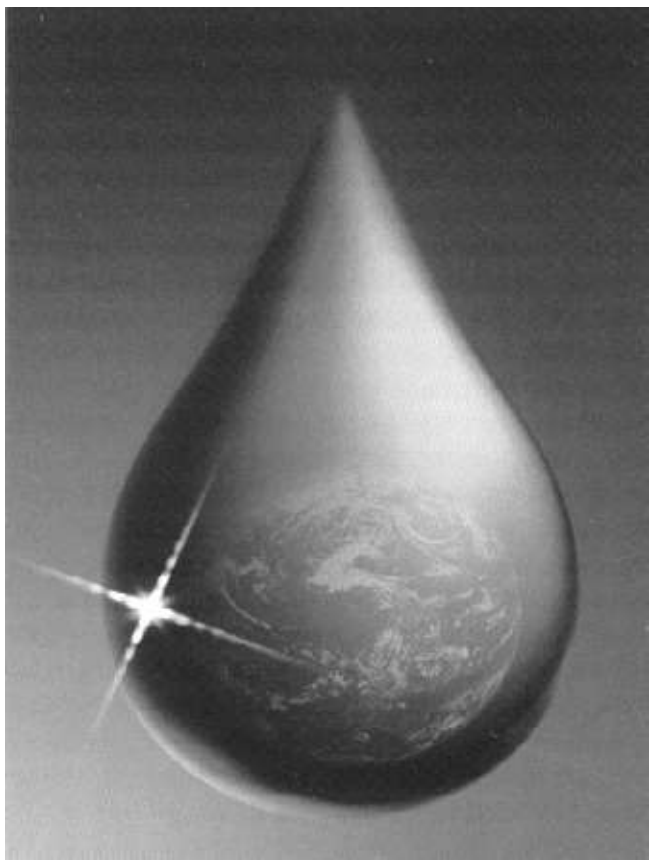
I DISTURBI SESSUALI CARATTERIZZATI DA DOLORE

I "sexual pain disorders" sono tra i più frequenti e meno diagnosticati disturbi algici in ambito pelvico.
Un sostanziale disinteresse per i disturbi della sfera sessuale femminile, considerati psicogeni o comunque a genesi relazionale, con scarse o assenti implicazioni biologiche, persiste nella maggioranza dei medici e degli operatori sanitari.

CLASSIFICAZIONE DEI DISTURBI SESSUALI

- **Dispauremia** descritta come un dolore genitale ricorrente o persistente che compare durante il rapporto sessuale.
- **Vaginismo**, che indaga uno spasmo muscolare involontario ricorrente o persistente della muscolatura del terzo vaginale inferiore.
- **Disturbi sessuali non coitali** caratterizzati da dolore (per es. la clitorralgia o il dolore al vestibolo vulvare durante il petting).

Il dolore è provocato dalla contrazione dei muscoli che proteggono l'egresso vaginale, con un movimento volto a proteggere più o meno consciamente la vagina.



Contrazione muscolare che può arrivare a provocare una vera e propria "mialgia" dell'elevatore dell'ano (ipossigenazione → dolore → contrazione → **dolore pelvico cronico**).

CAUSE BIOLOGICHE

Ormonali (perdita di estrogeni con conseguenti distrofie vulvo vaginali).
Infiammatorie (vaginiti, cistiti post coitali).
Muscolari (ipertono, mialgia)
Iatrogene (chirurgia perineale, episiorrafia, colpoplastiche anteriori e posteriori).
Vascolari (sia per effetto del fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, che possono causare difficoltà di eccitazione con conseguente secchezza vaginale, sia per i più drastici danni iatrogeni, per esempio in corso di radioterapia pelvica).

CAUSE PSICOSESSUALI E RELAZIONALI

Stimoli negativi legati alla sessualità
Tabù ed inibizioni educative
Pregressa violenza o molestie sessuali
Paura di gravidanza e parto
Attaccamento fortissimo alla madre (cordone ombelicale mai staccato).
Paura dell'aggressività sessuale

DIAGNOSI

- Colloquio visita
- Linguaggio del corpo
  1. La bocca serrata ed occhi ben aperti. Un messaggio chiaro: la paura di far entrare le emozioni ed il bisogno di controllare tutto. Questa tensione si esprime anche attraverso un respiro breve e superficiale.
  2. tensione della parte cervicale dei muscoli paravertebrali, rigidità muscolare della colonna, spesso associata a tensione alle spalle, rigidità della testa quasi a parare un colpo e la difficoltà all'abbandono. …… per lasciarsi andare al piacere dei sensi, bisognerebbe, infatti, riuscire a "cadere" lasciare andare la testa all'indietro: proprio quel "perdere la testa" che tanto attrae e tanto spaventa la donna affetta da vaginismo.
  3. Tensione della parte lombare dei muscoli paravertebrali: esso determina l'inarcamento della schiena (iperlordosi lombare).
  4. Lo spasmo difensivo del muscolo elevatore dell'ano. E' l'intensità dello spasmo a condizionare le difficoltà o l'impossibilità della penetrazione. La contrazione muscolare perpetuata nel tempo diventa una seconda pelle, una corazza muscolare di sicurezza.

ORIENTAMENTI TERAPEUTICI

- Terapia comportamentale, volta a sciogliere le tensioni corporee. Essa si basa su : training di rilassamento generale, esercizi di rilassamento della colonna vertebrale cervicale e lombare, esercizi di mobilizzazione del bacino, **esercizi di progressiva distensione del muscolo perineale.**
- farmacologici
- terapia psicodinamica per affontare e sciogliere correttamente le paure ecc….

DISFUNZIONE MUSCOLARE PERINEALE

Essa si configura essenzialmente o come una ipovalidità prettamente muscolare o come un disturbo neuro motorio funzionale interessante l'elevatore dell'ano.
L'ipovalidità o insufficienza muscolare perineale può essere definita come una ridotta prestazione muscolare fasica o tonica del muscolo pubo coccigeo.
Fra le disfunzioni neuromotorie si possono annoverare le contrazioni perineali associate ad altri muscoli agonisti (adduttori, glutei pelvi trocanteri), ed antagonisti (addominali e diaframma).
L'inversione del comando perineale rappresenta la più nefasta contrazione per la statica pelvica; essa è caratterizzata da un particolare pattern perciò alla richiesta di contrarre il muscolo pubo coccigeo, il paziente attiva i muscoli addominali (spinge anziché trattenere).
L'ipovalidità del muscolo può anche essere una diretta conseguenza di un parto anche non particolarmente laborioso o secondaria ad una lacerazione o ad una cicatrizzazione episiotomica.
Il meccanismo proposto per quest'ultima evenienza è un'inibizione antalgica, quale si verifica ad esempio del quadricipite femorale in concomitanza di una patologia o di un intervento a carico di un ginocchio. Sembra addirittura che in alcune donne, verrebbe meno durante il puerperio e non sarebbe mai più ripristinato il controllo corticale del perineo (anorgasmie, dispauremie).
Traumi perineali di varia origine, fisici e psicologici, interventi chirurgici pelvici, vulvo – vaginali possono altresì minare la funzione muscolare.
Infine l'età, la menopausa, la riduzione della attività fisica, l'allettamento prolungato determinano una riduzione ed un'ipotrofia delle fibre fasiche dell'elevatore dell'ano.
Una corretta valutazione del pavimento pelvico richiede un'attenta ed approfondita conoscenza dello stato di salute globale della persona.
E' necessario, oltre alle indagini strumentali e diagnostiche, un'attenta anamnesi, un esame obiettivo generale, lo stato psichico e, solo in ultimo, un'attenta valutazione anatomica funzionale del distretto pelvico.

VALUTAZIONE PERINEALE

Posizionamento (valutazione della persona in posizione supina, ginecologica ed in presenza di un completo rilasciamento addomino perineale).

OSSERVAZIONE

- La sensibilità superficiale e profonda (metameri S2 – S5).
- I riflessi (anale, bulbo cavernoso, clitorideo).
- Apertura ostio vaginale
- Distanza ano vulvare (normalmente compreso tra 3 -4 cm).
- Cicatrici perineali
- Infezioni
- Presenza di prolassi (cisto colpo rettocele).
- Richiesta di movimento attivo del PC: osservare la dinamica (movimento ano)
- Presenza di sinergie agoniste e/o antagoniste (o inversione del comando)
- Attività del perineo durante un aumento pressorio (riflesso addomino-perineale).

TEST MUSCOLARE

Valutazione con l'introduzione delle dita in vagina
- Richiesta di contrazione per definire:

1. Forza
2. Endurance
3. Affaticabilità

PC TEST DIGITALE FASICO: GRADING

0 Assenza di contrazione muscolare
1 Accenno a contrazione muscolare (vibrazione sotto le dita)
2 Contrazione indubbia, ma debole
3 Contrazione valida contrastata da una moderata resistenza
4 Contrazione forte contrastata da una forte resistenza
5 Contrazione assai potente, resistente ad una opposizione massimale
(da Minaire 1986)

LA RIEDUCAZIONE PELVI PERINEALE

PROGRAMMA EDUCATIVO

- Fisiochinesi di gruppo per la prevenzione
- Fisiochinesi terapia personale guidata
- Fisiochinesi domiciliare

Il programma educativo prevede
- Informazione adeguata dell'utente
- Motivazione della utente e del terapista
- Lavoro costante
- Incremento al lavoro
- Ripetizione a livello cosciente
- Automatizzazione e attivazione del perineo nelle attività quotidiane

Attraverso:
- Presa di coscienza ed attivazione specifica della muscolatura perineale (eliminazione di sinergie muscolari agoniste ed antagoniste).
- Rinforzo dei muscoli sfintero perineali (> la forza, l'endurance e l'affaticabilità) con contrazioni selezionate e streching vaginale. L'ipertrofia muscolare si evidenzia dopo otto settimane di terapia.
- Esercizi di automazione della muscolatura striata perineale (tosse, starnuto, cambio di posizione, corsa).

* *Coordinatore ostetrico-infermieristico S.O.C. Ostetricia Ginecologia A.O.V.V. Presidio di Sondalo*

Bibliografia

E. Dolfo, P. Di Benedetto. *Chinesi terapia pelvi perineale,* Associazione di Riabilitazione Triestina, 1996
P. Di Benedetto, A. Graziottin. *Piacere e dolore,* La goliardica, Trieste, 1997
A. Graziottin, *Loss of libido in the menopause*, Menopausal Medicin, 8 – 12. 2000
Atti del *"Corso di perfezionamento in sessuologia medica",* Università degli Studi di Firenze, 2003
P. Minaire, E. Rivollier. *Le Handicap pelvien*.
GRRUG INFO, 5 – 8 .1992
V. Baldaro, A. Graziottin. *I disturbi dell'eccitazione sessuale nella donna*. Atti della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), Perugia, 2002 pag. 323- 329, 2002

TESSERA PUNTI ECM

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30

Continuiamo fiduciosi la nostra raccolta…forse un giorno finalmente qualcuno distribuirà anche il catalogo premi.

Ipotermia terapeutica dopo arresto cardiaco

di Fiaccabarino Alessandro*

INTRODUZIONE

Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte nel nostro paese, come in tutte le società industriali. La cardiopatia ischemica è la più frequente causa di decesso (circa 71.000 casi annui), manifestandosi in circa il 20% dei casi di morte cardiaca improvvisa o arresto cardiaco. L'incidenza di quest'ultimo quadro morboso è valutata (indirettamente) intorno ai 12.000-15.000 casi annui. Di grande rilievo è poi l'angina instabile che colpisce circa 150.000-200.000 persone ogni anno.
Il tasso di mortalità dell'arresto cardiaco (ACC), varia dal 95% (persone colpite da ACC a domicilio o comunque sul territorio) al 50% per i pazienti già ricoverati in ospedale. Dei sopravvissuti, solo il 10-20% non si riscontrano importanti deficit neurologici.
Dagli studi epidemiologici sono stati identificati molti fattori di rischio correlati all'instaurarsi di un quadro di morte cardiaca:

- età avanzata;
- sesso maschile;
- storia familiare;
- ipertensione;
- stress della vita quotidiana;
- fumo di sigaretta;
- obesità;
- vita sedentaria.

I pazienti rianimati con successo e che sopravvivono dopo arresto cardiaco presentano danno ischemico cerebrale con conseguente scarso outcome neurologico e morte. Circa l'80% dei pazienti che inizialmente sopravvive all'arresto cardiaco rimane in coma per svariato tempo, il 40% entra in uno stato vegetativo persistente, e di questi, l'80% muore nel giro di un anno. Il recupero cerebrale completo è un evento raro. In una selezione di pazienti con arresto cardiaco testimoniato, con una FV come ritmo di insorgenza, e un intervallo di tempo tra l'arresto e l'inizio della rianimazione avanzata non superiore a 15 minuti, la mortalità a 6 mesi è stata tra il 40-55%.(Mild therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest).
Fino a poco tempo fa, non esistevano interventi documentati per impedire o ridurre il danno cerebrale. Sull'uomo, trials preliminari su pazienti in coma post-anossico dopo arresto cardiaco suggerivano outcomes favorevoli nei pazienti trattati con ipotermia terapeutica.
L'idea che l'ipotermia potesse essere "terapeutica" risale ai tempi più antichi. Era usata dagli antichi Egiziani, Greci e Romani, e Ippocrate la

difese il suo utilizzo per la riduzione dell'emorragia. I benefici dell'ipotermia accidentale negli episodi affogamento furono descritti fin dal 1930, e il primo case-series di ipotermia terapeutica per ridurre il danno atossico fu pubblicato nel 1945.(Polderman KH. Application of hypotermia in the intensive care unit: Part 1: Indication and evidence) Questo e altri studi seguenti utilizzarono un'ipotermia relativamente profonda (<30°C), che risultò in realtà inaccettabile per non poche difficoltà di management. Tuttavia, esperimenti su animali negli anni '80 dimostrarono simili benefici potevano essere ottenuti con un'ipotermia più moderata (32-35°C) senza questi problemi. L'ipotermia è stata clinicamente applicata al danno cerebrale, all'ictus, all'emorragia subaracnoidea, in neurochirurgia, nella chirurgia cardiaca e vascolare, ma ha suscitato più interesse recentemente nel trattamento post-rianimatorio dopo arresto cardiaco. Nonostante il basso numero di trias di scarsa qualità effettuati tra il 1980 e il 1990, due studi randomizzati e controllati,(The Hypotermia after cardiac arrest study group,Bernard SA, Treatment of comatose survivors of out-of-hospital cardiac arrest with induced hypothermia) entrambi pubblicati nel 2002, hanno avuto un consenso esteso e sono stati adottati con entusiasmo.
Tradizionalmente, i benefici dell'ipotermia furono presi in considerazione per rallentare il metabolismo cerebrale, tuttavia, altri meccanismi potenzialmente reversibili sono probabilmente più importanti. Questi includono una riduzione di apoptosi neuronale(Siesjo BK, Bengtsson F. Grampp W, Theander S. Calcium, excitotoxin, and neuronal death in brain), la soppressione di molte reazioni chimiche connesse alla riperfusione,(Xu L. Yenari MA, Steinberg GK, Giffard RG, Mild hypotermia reduces apoptosis mouse in vitro) come la produzione di radicali liberi, rilascio di amminoacidi eccitatori, spostamenti di ioni calcio che altrimenti provocherebbero danni e apoptosi mitocondriale, la soppressione delle citochine infiammatorie(Globus MY-T, Alonso O, Diettrich WD, Glutamate release and free radical production following brain injury), riduzione dell'edema cerebrale,(Krep H, Fischer M, Hoeft A: The role of endothelin-1 in regional cerebral perfusion during prolonged ventricular fibrillation.) alterazioni del DNA e, non ultimo, la riduzione del consumo di ossigeno (CMRO2). Nessun farmaco si è rivelato capace di fermare questo deterioramento progressivo, il quale, può essere contrastato da un abbassamento della temperatura tale da rallentare le attività metaboliche (può fornire un ordine di grandezza la nozione che ogni grado centigrado in meno rallenta il metabolismo dell'otto per cento). Dopo il successo di una rianimazione e la ripresa del ROSC, si instaurano complessi sconvolgimenti secondari alla riperfusione cerebrale e alla morte neuronale, con un ulteriore deterioramento dell'outcome cerebrale. Ricerche recenti hanno focalizzato gli aspetti fisiopatologici come anche quelli terapeutici per questa encefalopatia post-ischemica-anossica secondaria all'arresto cardiaco.

FISIOPATOLOGIA DEL DANNO CEREBRALE CAUSATO DALL'ARRESTO CARDIACO

Lo stato patologico "post-rianimatorio" è può essere definito come una costellazione di disturbi causata da ischemia generalizzata e sindrome da riperfusione. Condivide molte caratteristiche con lo stato di sepsi grave, inclusa l'elevazione di citochine nel plasma con conseguente produzione di endotossine, anomalie della coagulazione e disfunzione surrenale. Un arresto della circolazione cerebrale esaurisce le riserve di ossigeno neuronali nel giro di 20 secondi causando incoscienza nell'individuo. Dopo 5 minuti di completa anossia cerebrale, le riserve di glucosio e ATP cerebrali sono perse. La conseguente disfunzione e depolarizzazione delle pompe ioniche di membrana neuronali provoca afflusso di calcio, acido lattico prodotto dall'anaerobiosi, rilascio di glutammato, di acidi grassi, radicali liberi e aminoacidi eccitatori. Lo stress ossidativo indotto dai radicali liberi, dalla formazione di citochine e leucotrieni cerebrali conseguenti alla risposta infiammatoria, contribuiscono al danno.
Un recente modello sperimentale sull'arresto cardiaco dimostra un aumento di time-dependent (tempo-dipendenza) massimo, che indica presenza di danno ossidativo immediatamente dopo il ripristino della circolazione spontanea.(Basu S, Liu X, Nozari A, et al.: Evidence for time-dependent maximum increaseof free radical damage and eicosanoid formation in the brain as relatedto duration of cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation)
Questo aumento era più ampio negli animali sottoposti ad un periodo più lungo di assenza o basso flusso di sangue che dimostravano un danno ossidativo cerebrale time-dependent. Questi risultati erano dati dall'effetto positivo dei radicali liberi macrofagi che risultavano carenti durante lo stress ossidativo cerebrale e che probabilmente garantivano una normale perfusione cerebrale.
Mentre la gravità del danno da reperfusione varia con la durata dell'ischemia, gli altri fattori influenzano l'estensione del danno ai tessuti, inclusa la concentrazione di O2, la temperatura e il pH. I neutrofili attivati si legano ad antigeni endoteliali e dal compartimento vascolare migrano verso l'area di tessuto danneggiata. L'adesione dei leucociti è un passo critico nel danno dell'endotelio vascolare, determinando un aumento della permeabilità microvascolare e trombosi. Inoltre, le lesioni della mucosa intestinale dopo ischemia e riperfusione causano un danno funzionale molto esteso con aumentata permeabilità della barriera mucosa, diarrea, e produzione di endotossine e/o translocazone batterica. Le endotossine e i batteri nella circolazione del sangue possono contribuire alla genesi di danno tissutale e alla disfunzione d'organo multipla (MOF).
La ri-ossigenazione, inoltre, induce reazioni chimiche in parte costituite dall'attivazione dei fattori del complemento, liberazione di radicali liberi, seguita da secondaria eccitotossicità di alcune popolazioni neuronali. Questo porterebbe a ritardare l'accumulo del calcio e conseguente perossidazione dei lipidi di membrana con morte primaria, o innescare apoptosi cellulare.
La conservazione della funzione neuronale intatta è anche severamente compromessa da disturbi di ri-circolazione cerebrale. Immediatamente dopo l'anossia cerebrale infatti, vi è una fase transitoria di iperemia globale e reattiva che risulta essere data dalla vasoparalisi persistita per 15 o 30 minuti.
Da questo momento in poi si assiste ad un'ipoperfusione cerebrale multifocale prolungata causata dall'attivazione dell'endotelina-1(Krep H, Fischer M, Hoeft A: The role of endothelin-1 in regional cerebral perfusion during prolonged ventricular fibrillation. 57:317–318). Regioni distinte del cervello (ippocampo, corteccia e cervelletto) sono maggiormente vulnerabili durante l'ischemia. Questo sembra essere, fra le altre cause, il risultato di un'alterata espressione di un gene per i cambiamenti a lungo termine nel fenotipo molecolare di questi neuroni.(Bokesch PM, Marchand J, Seirafi PA, et al.: Immediate–early gene expression in ovine brain after cardiopulmonary bypass and hypothermic circulatory arrest. Anesthesiology 1996, 85:1439–1446) Un recente rapporto dimostra la disfunzione inspiegata della risposta proteica.(Kumar R, Krause GS, Yoshida H, et al.: Dysfunction of the unfolded protein response during global brain ischemia and re- perfusion. J Cereb Blood Flow Metab 2003, 23:462–471) Lo stress del reticolo endoplasmatico, osservato dopo ischemia cerebrale e riperfusione, innesca questa risposta proteica che porta ad una risposta compensatoria da parte di proteine "sensore", diminuite dopo l'arresto cardiaco nel cervello di ratto fino all'80% nella corteccia ed al 50% nel cervelletto e ippocampo. La disfunzione dà luogo a morte della cellula e può giocare un importante ruolo nel far cessare la riperfusione neuronale.(Yenari MA, Zhao H, Giffard RG, et al.: Gene therapy and hypothermia for stroke treatment. Ann N Y Acad Sci 2003) Recentemente, in modelli sperimentali di arresto cardiaco, la terapia genetica ha utilizzato come vettore un sistema virale neurotopico per trasferire i geni protettivi ai neuroni.
Questa "sovrascrizione" genetica, in particolare la proteina anti-apoptotic BCL-2, migliorerebbe la sopravvivenza neuronale proteggendo i neuroni da apoptosi. La sovrascrizione della proteina BCL-2 fu anche testata sull'ipotermia terapeutica12, dimostrandosi clinicamente utile e di beneficio nel trattamento dell'arresto cardiaco.

Risposta Infiammatoria

Dopo circa 3 ore dall'arresto cardiaco sembra verificarsi un aumento acuto di citochine e recettori solubili nel sangue. Molti gruppi di citochine sono più elevate nei pazienti deceduti piuttosto che nei sopravvissuti, così come nei pazienti in trattamento con vasopressori comparati agli altri pazienti. I livelli di citochine come IL-6 e il recettore TNF sono strettamente correlati al lattato, il marker di ipossia tissutale che suggerisce la stretta correlazione tra ischemia, sindrome da riperfusione e risposte infiammatorie. La translocazione di endotossine attraverso i siti ischemici della parete intestinale a seguito del danno di riperfusione può spiegare l'aumento del loro livello nel plasma 48 ore dopo il successo della rianimazione, ma non è stata ancora dimostrata la correlazione tra alto livello di endotossine nel plasma e mortalità. (Adrie C, Adib-Conquy M, Laurent I, et al.: Successful cardiopulmonary resuscitation after cardiac arrest as a "sepsis-like" syndrome. Circulation 2002, 106:562–568)

Disfunzione del miocardio

Studi su animali sostengono il concetto che l'instabilità emodinamica post-ROSC è riferita alla disfunzione miocardica acuta caratterizzata da funzione contrattile danneggiata, diminuzione della capacità di lavoro da parte del miocardio (< CO) e disfunzione diastolica variabile, che si risolvono da qualche ora a giorni dopo il ritorno del ROSC. La disfunzione miocardia acuta fu prevenuta dalla pronta somminisrazione di dobutamina in un modello di maiale con sbalorditivo successo. L'instabilità emodi-

namica transitoria e la disfunzione miocardica sono state studiate anche su esseri umani. Ad esempio, in tre pazienti con età inferiore a 40 anni sopravvissuti ad arresto cardiaco in seguito a fibrillazione ventricolare, fu diagnosticato immediatamente cardiomiopatia dilatativi idiopatica. Il follow-up di questi pazienti mostrò 2 settimane più tardi una funzione miocardia normale o quasi normale.
Queste scoperte suggerirono che la massiva ipoperfusione miocardica durante fibrillazione ventricolare o gli effetti degli shock da defibrillazione possono dare luogo a depressione di miocardica profonda, ma reversibile. I meccanismi potenziali coinvolti sono stati studiati di recente in una grande coorte di pazienti rianimati presumibilmente dopo arresto cardiaco causato da malattia cardiaca.
La disfunzione miocardica post-rianimazione fu una scoperta consistente, anche in pazienti senza instabilità emodinamica o malattie cardiache e/o coronariche. L'inizio dell' instabilità emodinamica spesso ritardava, evidenziandosi 4 - 7 ore dopo l'ammissione del paziente alle cure intensive, ed il pieno ricupero fu visto nei sopravvissuti dopo le 72 ore. L'instabilità emodinamica era più comune in pazienti con occlusione coronarica acuta come causa di arresto cardiaco, causata dalle alte dosi di adrenalina o dal tempo di rianimazione più lungo.(Laurent I, Monchi M, Chiche JD, et al.: Reversible myocardial dysfunction in survivors of out-of-hospital cardiac arrest. J Am Coll Cardiol 2002, 40:2110– 2116)
È interessante notare, che anche se la gittata cardiaca aumentava rapidamente in pazienti trattati con farmaci vasoattivi, fu richiesto inizialmente un grande volume di liquidi (volume di cristalloidi cumulativo, 5000 [3500-6500] ml in 24 ore) per mantenere pressioni di riempimento a 12 mmHg (valore piuttosto basso, considerata la disfunzione del miocardio), dando luogo ad emodiluizione. Insieme con gli aumenti acuti di citochine TNF-α e IL-1β, e massiva presenza di endotossine nel plasma, il bisogno di grossi volumi di fluidi suggerisce la possibile comparsa di vasoplegia nel post-arresto, e può avere un ruolo chiave nell'instabilità emodinamica.

Coagulopatia

Significative alterazioni nella coagulazione sono state riportate dopo arresto cardiaco in entrambi i trials sperimentali sull'uomo. Si attivarono infatti i sistemi Coagulazione/Anticoagulazione e Fibrinolisi/Antifibrinolisi nei pazienti sottoposti a rianimazione cardiopolmonare, in particolare in coloro che ripresero una circolazione spontanea. Il complesso Trombina-antitrombina come marker di attivazione della coagulazione risultò costantemente elevato, con un decremento dei fattori anticoagulanti come l'antitrombina, la proteina S, e la proteina C. Solo un incremento transitorio della proteina C attivata ed endogena fu osservato nei pazienti vittime di arresto cardiaco nel territorio e sottoposti immediatamente a cure intensive post-rianimazione.(Adrie C, Laurent I, Joly LM, et al.: Depletion of proteins C-S and antithrombin after successful cardiopulmonary resuscitation (CPR) [abstract]. Intensive Care Med 2002, S100:381)
La produzione di proteina C attivata nel plasma nell'individuo sano dipende dalle concentrazioni circolanti di proteina C e trombina. In pazienti con sepsi grave, la conversione di proteina C endogena a proteina C attivata può essere comunque impropria, a causa di disfunzione endoteliale con mancata regolazione del trombomodulin, un glicosaminoglicano che si lega alla trombina come cofattore nell'attivazione della proteina C catalizzata dalla trombina, e i recettori della proteina-C endoteliali.(Faust SN, Levin M, Harrison OB, et al.: Dysfunction of endothelial protein C activation in severe meningococcal sepsis. N Engl J Med 2001, 345:408– 416)
A differenza della sepsi grave però, l'arresto cardiaco rappresenta un evento acuto con una durata ben definita, cosicché i cambiamenti precoci dei biomarkers sistemici possono essere rilevati. La stimolazione endoteliale con produzione di trombina possono essere responsabili di una disastrosa e spropositata attivazione della proteina C, seguita rapidamente da una fase di disfunzione endoteliale nella quale l'endotelio non è più capace di generare una quantità adeguata di proteina C attivata. L'aumento di proteina C attivata può riflettere un naturale meccanismo compensativo che scoraggia l'attivazione della coagulazione e la risposta infiammatoria causata dall'arresto cardiaco e successiva rianimazione. La coagulazione intravascolare disseminata è caratterizzata da generazione di trombina e deposizione di fibrina, dando luogo a trombosi di microvascolare molto estesa, che a sua volta causa insufficienza multiorgano, includendo il danno neurologico. I disordini della coagulazione dopo ROSC quindi, possono causare lesioni ischemiche e danno da riperfusione nel cervello. La proteina C attivata si è dimostrata utile per minimizzare ischemia e danno da riperfusione in modelli sperimentali di danno al midollo spinale e ictus.(Taoka Y, Okajima K, Uchiba M, et al.: Activated protein C reduces the severit of compression-induced spinal cord injury in rats by inhibiting activation on leukocytes. J Neurosci 1998, 18:1393–1398,Hirose K, Okajima K, Taoka Y, et al.: Activated protein C reduces the ischemia/reperfusion-induced spinal cord injury in rats by inhibiting neutrophil activation. Ann Surg 2000, 232:272–280)

Disfunzione surrenale

L'integrità dell'asse Ipotalamo-ipofisi-surrene può essere danneggiato da molti meccanismi che conducono tutti all'insufficienza surrenale con distruzione estesa di tessuto surrenale, maggiormente evidente nei pazienti con coagulopatie. Livelli alti di citochine infiammatorie possono interdire direttamente la produzione di cortisolo da parte del surrene. Per esempio, nell'uomo l'IL-6 esogena provoca una drammatica e prolungata elevazione nel plasma di ACTH e cortisolo nel primo giorno, seguito da una blanda risposta di corticotropina.
Schultz(Schultz CH, Rivers FP, Feldkamp CS, et al.: A characterization of hypothalamic-pituitary-adrenal axis function during and after human cardiac arrest. Crit Care Med 1993, 21:1339–1347) scoprì che il livello di cortisolo sierico durante e dopo l'arresto cardiaco era elevato, ma non tanto quanto dopo un grave stress. La corticotropina non indusse una risposta significativa, ma considerata l'assenza di evidenza scientifica lo studio non tentò di distinguere responders da non-responders. Più recentemente, furono evidenziati livelli baseline abbastanza alti di cortisolo, contro un 42% di insufficienza surrenale relativa, definita come fallimento di risposta alla corticotropina (Hékimian., dati inediti).
In questo studio pilota, la risposta alla corticotropina non fu associata con i soliti markers di gravità o con la causa di morte (shock refrattario precoce o disfunzione cerebrale). Ad ogni modo, livelli baseline di cortisolo misurati fra 6 a 36 ore dopo l'episodio acuto di arresto cardiaco erano più bassi nei pazienti che conseguentemente morirono di shock refrattario precoce, che nei pazienti deceduti più tardivamente per disfunzione neurologica, il che suggerisce l'insufficienza surrenale nel primo gruppo (Hékimian., dati inediti). Le differenze tra i livelli baseline di cortisolo tra i due gruppi di pazienti, hanno importanti implicazioni.
Laurent(Laurent I, Monchi M, Chiche JD, et al.: Reversible myocardial dysfunction in survivors of out-of-hospital cardiac arrest) dimostrò che quell'instabilità emodinamica, un problema comune tra le 6 e le 24 ore dopo la rianimazione, non era predittiva di outcome neurologico. Questo indica che la terapia sostitutiva di cortisolo potrebbe aiutare i pazienti nel recupero da shock refrattario precoce e probabilmente può anche realizzare un buon ricupero neurologico. Ad ogni modo, è richiesto un maggiore studio per ottenere informazioni supplementari sulla funzione surrenale dopo arresto cardiaco, e sui possibili benefici della terapia sostitutiva con corticosteroidi a basso-dosaggio.

STUDI CLINICI

I primi studi sull'ipotermia risalgono a molti anni fa, quando i cardiochirurghi andarono alla ricerca di un sistema per fermare il cuore, ma poi vennero accantonati per due o tre decenni. All'inizio degli anni novanta furono ripresi da Peter Safar, dell'Università di Pittsburgh, che studiò a fondo, in modelli animali, le reazioni dell'organismo all'abbassamento della temperatura. Vide innanzitutto che il raffreddamento deve essere instaurato lentamente, per non evocare brividi, termogenesi e scariche di catecolamine; deve essere contenuto entro limiti precisi, per non indurre aritmie ovvero coagulopatia e infezioni devastanti.
Cosicché elaborò uno schema operativo per raffreddare il corpo a 32-34°C, che sperimentò nel cane.
La sua terapia ipotermica permetteva di superare un arresto circolatorio completo di 10-12 minuti, seguito da riperfusione: al termine del trattamento, il cervello funzionava normalmente e appariva perfetto all'esame istologico.
Gli esiti del trattamento ipotermico ideato a Pittsburgh sono stati successivamente verificati, sempre in laboratorio, anche sulle cellule dell'ippocampo, sensibilissime all'ipossia. Fino a oggi gli studi clinici nell'uomo sono stati per lo più retrospettivi e non controllati.
Ma ora il New England Journal of Medicine pubblica due studi controllati e randomizzati che hanno valutato gli effetti del trattamento ipotermico sugli esiti neurologici, sulla mortalità e sulle complicanze dell'arresto cardiaco. Gli autori sono Stephen Bernard, dell'Ospedale di Dandenong, e i suoi colleghi australiani(Bernard SA, Gray TW, Buist MD, et al. Treatment of comatose survivors of out-of-hospital cardiac arrest with induced hypothermia. *N Engl J Med*. 2002;346:557–563) e Michael Holzer, della Universitätklinik für Notfallmedizin di Vienna, e i collaboratori dell'Hypothermia after Cardiac Arrest Study Group, appartenenti a cinque diversi paesi europei.(The Hypothermia after Cardiac Arrest Study Group. Mild therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest. *N Engl J Med*. 2002;346:549–556)
Due quindi gli studi clinici randomizzati e controllati (entrambi pubblicati nel 2002) che paragonano l'ipotermia moderata (32-34°C) con la normotermia in pazienti in coma post-anossico dopo arresto cardiaco extra-ospedaliero. Uno di questi studi, condotto in 4 ospedali di Melbourne in Australia dimostrava che nei pazienti "raffreddati" e mantenuti ad una temperatura compresa tra 32-34°C per 12 ore consecutive all'episodio di arresto, aumentava la possibilità di un recupero neurologico. Nel secondo studio, condotto in cinque paesi europei, nei pazienti mantenuti a 32-34°C per le 24 ore successive all'arresto, diminuiva la probabilità di morte e aumentava verosimilmente quella di un buon recupero neurologico.

Lo studio Australiano

Nello studio di Melbourne, condotto da Bernard,(Bernard SA, Gray TW, Buist MD, Jones BM, Silvestre W, Gutteridge G, Smith K. Treatment of comatose survivors of out-of-hospital cardiac arrest with induced hypothermia. N Engl J Med 2002;346:557-663) 77 pazienti reclutati dopo una rianimazione riuscita, in base al giorno del mese, venivano o raffreddati lentamente fino a raggiungere, in due ore, una temperatura interna di 33°C, o mantenuti in normotermia. Nei pazienti che venivano raffreddati la temperatura si raggiungeva utilizzando impacchi di ghiaccio e veniva mantenuta per 12 ore.
Il riscaldamento attivo veniva somministrato dopo 18 ore. L'obiettivo primario era di dimettere il paziente con u outcome neurologico sufficiente per ritornare a casa o indirizzarlo ad una riabilitazione.
Benché non vi fosse una significativa differenza di mortalità tra i due gruppi, vi era una significativa differenza nell'indice di buon outcome neurologico: 21 su 43 pazienti (49%) trattati con ipotermia, contro i 9 pazienti su 34 (26%) trattati con normotermia. È importante notare come i criteri di inclusione per questo studio fossero severi, considerando un numero relativamente piccolo di pazienti in un periodo di reclutamento di 33 mesi.
I 9 pazienti reclutati avevano infatti le seguenti caratteristiche:

- Pazienti con FV al momento dell'arrivo del soccorso avanzato;
- Ritorno ad una circolazione spontanea (ROSC) senza defibrillazione;
- Età > 18 anni per gli uomini e < 50 anni per le donne;

Erano esclusi tutti i pazienti per i quali era possibile considerare una causa alternativa di coma, inclusa l'overdose

da dorghe, trauma cranico o ictus.
Inoltre, degli 84 pazienti inizialmente eleggibili, 7 furono esclusi per ragioni logistiche o di consenso, 4 pazienti assegnati al gruppo dell'ipotermia non vennero trattati, e 1 paziente assegnato alla normotermia divenne ipotermico spontaneamente. Vi furono anche significative differenze nel genere e nella frequenza dei passaggi di RCP tra i due gruppi. Tutti questi fattori possono potenzialmente inquinare il risultato. È anche interessante notare che tutti i pazienti furono trattati con lidocaina endovena e gran parte di essi avevano un catetere in arteria polmonare.

Lo studio Europeo

Lo studio di Holzer(The Hypotemia After Cardiac Arrest Study Group. Mild herapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest. N Engl J Med 2002;346:549-556), almeno quattro volte più esteso del trial di Melbourne, ha avuto criteri di selezione più azzeccati. Questi comprendevano:

- Pazienti con FV e TV senza polso, arresto cardiaco testimoniato, presunta eziologia cardiaca;
- Età compresa tra i 18 e i 75 anni;
- Un "down-time" non superiore ai 15 minuti;
- Ritorno al ROSC entro 1 ora dal crollo.

Le esclusioni erano anche più precise che nello studio di Melbourne, includendo ipotensione, ipossiemia e "fattori che suggerivano un follow-up impossibile".
Infatti, il 92% dei pazienti valutati risultarono inelegibili per questo studio. Questa è un'importante statistica da non sottovalutare, ed è un peccato non avere a disposizione i dati corrispondenti dello studio di Bernard.
Nello studio europeo l'outcome primario è stato più rigorosamente definito, e i follow-up continuarono per 6 mesi. Il raffreddamento venne eseguito mediante l'utilizzo di un materassino e di coperte ad aria fredda in modo da raggiungere target di 32-34°C nel giro di 4 ore, iniziando però dalla fase extra-ospedaliera, come suggerito dal gruppo di Bernard. Tuttavia, il raffreddamento venne mantenuto per 24 ore, e quindi riscaldando i pazienti passivamente. Non vennero utilizzati né cateteri in arteria polmonare né farmaci antiaritmici. Più assortito del gruppo di Melbourne era anche il gruppo dei pazienti destinati al trattamento in normotermia, dove vi erano diabetici (più di un tipo) e pazienti con patologie coronariche conosciute, entrambi significativamente inquinanti il risultato.
In pratica, furono impiegate mediamente 8 ore per raggiungere il target di temperatura nei pazienti trattati con ipotermia, e 19 su 132 pazienti arruolati (14%) il target non fu raggiunto. Tuttavia, 75 su 136 (55%) ebbero un outcome neurologico favorevole, che paragonato al 39% di outcome favorevole nei pazienti trattati con normotermia, è un risultato statisticamente significante. Al contrario di Melbourne, questo trial dimostrò un significativo beneficio sull'utilizzo dell'ipotermia e un decremento della mortalità – 41% vs. 55%.

MECCANISMO D'AZIONE DELL'IPOTERMIA

Ci sono molti possibili meccanismi con i quali l'ipotermia moderata migliorerebbe l'outcome neurologico dopo riperfusione. Nel cervello normale, l'ipotermia riduce la percentuale di consumo di ossigeno metabolico e cerebrale (CMRO2) del 6% per ogni 1°C con temperatura > 28°C. Parte di questo effetto è anche dovuto a riduzione della normale attività elettrica. (Steen PA, Newberg L, Milde JH, et al. Hypothermia and barbiturates: individual and combined effects on canine cerebral oxygen consumption. *Anesthesiology*. 1983;58:527–532)
L'ipotermia moderata è attuata per sopprimere molte delle reazioni chimiche associate al danno da riperfusione. Queste reazioni includono produzione di radicali liberi, liberazione di amino acidi eccitatori e shifts del calcio, che possono a turno portare a danno mitocondriale ed apoptosi.(Ginsberg MD, Sternau LL, Globus MY, et al. Therapeutic modulation on brain temperature: relevance to ischemic brain injury. *Cerebrovasc Brain Metab Rev*. 1992;4:189–225) Nonostante questi potenziali vantaggi però, anche l'ipotermia può produrre effetti avversi, inclusi le aritmie, le infezione, e le coagulopatie. Sembra essere l'evidenza a raccomandare l'uso dell'ipotermia moderata ed indotta in pazienti comatosi dopo arresto cardiaco extraospedaliero causati da FV. Il criterio di selezione per il trattamento fu definito attentamente nella migliore evidenza, che dovrebbe essere considerata attentamente quando si decide il trattamento.
Molte specifiche domande rimangono senza risposte nonostante i risultati delle prove controllate pubblicati recentemente, precedenti studi clinici, ed esperimenti su animali. Un problema controverso è se le scoperte da esperimenti su animali e gli studi clinici pubblicati possano portare ad estendere l'uso dell'ipotermia moderata a pazienti che rimangono in stato comatoso dopo arresto cardiaco da altro ritmo, o dopo intraospedaliero arresto cardiaco, o dopo arresto cardiaco nei bambini.

TEMPO DI RAFFREDDAMENTO

Il raffreddamento deve essere iniziato il più presto possibile dopo il ROSC, ma sembra avere successo anche se ritardato (da 4 a 6 ore). Nello studio europeo, l'intervallo tra ROSC e raggiungimento di una temperatura target compresa tra 32°C e 34°C aveva un range interquartile da 4 a 16 ore.The Hypothermia after Cardiac Arrest Study Group. Mild therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest. 2002) L'ulteriore ricerca è servita per determinare la durata ottimale del trattamento ipotermico, temperatura target ottimale, e percentuali di raffreddamento e successivo riscaldamento. I dati ottenuti su studi animali suggeriscono che il raffreddamento più presto è iniziato dopo riperfusione, migliore è l'outcome, anche se un effettivo beneficio terapeutico è stato osservato negli studi clinici dove il raffreddamento fu differito per molte ore. Il beneficio terapeutico può divenire molto più grande utilizzando le migliori tecniche fisiche e farmacologiche per raffreddare i pazienti rapidamente e il più presto possibile. Anche se dati a disposizione sono limitati, molti casi clinici solitamente vengono sedati e ventilati per almeno 12 - 24 ore; in questo modo, rendere i pazienti ipotermici durante tale periodo risulterebbe semplice. La normotermia si dovrebbe ripristinare lentamente evitando il brivido, responsabile di un aumento del consumo di ossigeno complessivo. Esso dovrebbe essere prevenuto con una buona sedazione e un blocco neuromuscolare. Lo sbalzo in ipertermia è comune e da evitare.(Felberg RA, Krieger DW, Chuang R, et al. Hypothermia after cardiac arrest: feasibility and safety of an external cooling protocol. *Circulation*. 2001;104:1799–1804)

TECNICHE DI RAFFREDDAMENTO E MONITORAGGIO

É stata descritta una varietà di tecniche di raffreddamento, ma fino a questo momento, nessuno combina faciciltà nell'uso con alta efficacia. I metodi di raffreddamento esterni sono semplici da utilizzare ma lenti nel ridurre temperatura interna. Queste tecniche includono l'uso di coperte di raffreddamento; posizionamento di impacchi di ghiaccio sull'inguine, sotto le ascelle, e ai lati del collo; utilizzo di bagno-asciuga e ventilazione; posizionamento di un casco di raffreddamento.(Hachimi-Idrissi S, Corne L, Ebinger G, et al. Mild hypothermia induced by a helmet device: a clinical feasibility study. *Resuscitation*. 2001;51: 275–281)
In un recente studio, l'infusione endovenosa di 30 ml/kg di cristalloidi a 4°C in 30 minuti, ha ridotto significativamente la temperatura interna e non provocarono edema polmonare.(Bernard S, Buist M, Monteiro O, et al. Induced hypothermia using large volume, ice-cold intravenous fluid in comatose survivors of out-ofhospital cardiac arrest: a preliminary report. *Resuscitation*. 2003;56:9–13) Il raffreddamnto polmonare con lavaggio peritoneale e pleurico è possibile, ma di solito

L'infermiere pediatrica/o "la storia, il presente e il futuro"

di Stefano Barbieri *

La Vigilatrice d'Infanzia nasce nel 1940, in un contesto storico molto travagliato. Per curiosità sono andato a ricercare notizie di quel periodo storico, per meglio comprendere perché la Vigilatrice d'Infanzia, oggi Infermiera/e Pediatrica/o, viene alla luce in quegli anni ed ho trovato un articolo molto interessante di un noto quotidiano dell'epoca "LA GAZZETTA DEL POPOLO" che vi sottopongo:
"QUANDO SUONA LA SIRENA D'ALLARME".
Perfetto è il piano di sfollamento dei diversi reparti della Maternità in caso di allarme aereo. Nei capaci sotterranei dell'edificio sono stati attrezzati ed arredati confortevoli e sicuri rifugi che comprendono, tra l'altro, la "sala parto" ove – come è noto – durante incursioni nemiche furono felicemente dati alla luce floridi piccini. Uno speciale padiglione dei rifugi è riservato ai neonati.
Nelle fotografie sono rappresentati tre interessanti fasi delle operazioni: al primo fischio delle sirene d'allarme il personale sanitario e di assistenza, con amorevole delicatezza, preleva i piccini dalle culle del "nido". I bimbi vengono quindi depositati su apposite veloci carrozzelle e rapidamente discesi, con l'ascensore, nei locali sotterranei.
Quivi, sempre con le carrozzelle, sono avviati ai loro rifugi e sistemati su soffici giacigli ove rimarranno, continuamente vigilati e assistiti, sino al segnale di cessato allarme.
Questi servizi di sfollamento sono disposti in maniera che in cinque o sei minuti il centinaio di neonati, che normalmente sono ospiti della Maternità vengono sottratti al pericolo della insidia nemica e messi al riparo nei sicuri e razionali rifugi.
Ecco perché nel luglio del 1940 (legge 19 Luglio 1940, n.° 1098) vengono istituite le Scuole convitto professionali per il rilascio del diploma di Stato per l'abilitazione alla Professione Sanitaria ausiliaria di Vigilatrice d'Infanzia.
Nel 1946 il Decreto sulle Professioni Sanitarie, Istituisce i Collegi delle Ostetriche.
Gli anni "Cinquanta" sono caratterizzati, per quanto concerne l'ambito professionale dell'istituzione dei Collegi I.P.A.S.V.I. (Legge 28 Ottobre 1954, n.° 1049).
Proseguendo nella dinamica legislativa negli anni "Sessanta" nasce la prima "Scuola Speciale per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica:
requisiti di ammissione sono: diploma di scuola secondaria superiore - diploma di I.P. e/o V.I. e/o A.S. - anni di attività professionale.
Negli anni settanta con "L'estensione al personale maschile dell'esercizio della Professione Infermieristica" viene sancita una vera e propria rivoluzione nel mondo infermieristico, ma accadono anche eventi contrastanti, da un lato vengono determinate le mansioni delle Vigilatrici d'Infanzia (DPR 14 Marzo 1974, n.° 225) cosa che le V.I. non avevano, e viceversa il corso di formazione delle V.I. passa da due anni a tre anni di corso più un eventuale anno per le funzioni direttive (Legge 30 Aprile 1976, n.° 338).
Gli anni ottanta vengono ricordati per l'entrata in vigore della Normativa Concorsuale per il personale delle U.S.L..
Negli anni novanta arrivano i Diplomi Universitari che segnarono una svolta decisiva tanto da portare nel 1997 all'emanazione del Profilo Professionale dell'Infermiere Pediatrico, dove si riconosce di fatto a tale operatore sanitario l'ambito specifico di competenze.
Pertanto nel 1998 il ciclo formativo delle Vigilatrici d'Infanzia si esaurisce in quanto in seguito ai dettami della normativa vigente la formazione professionale di tipo regionale cessa la sua funzione in favore della formazione universitaria.
Il percorso fin qui delineato ha portato per le professioni infermieristiche ad una data, a mio parere storica, del 26 FEBBRAIO 1999, quando viene emanata la Legge n.° 42, la quale definisce che la "Professione Sanitaria Ausiliaria" come previsto dal Regio decreto del 1934 venga sostituita dalla denominazione di " PROFESSIONE SANITARIA".
In seconda istanza abroga il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica del 14 marzo 1974, n.° 225 ("Mansionario").
Ed infine definisce il campo proprio di attività e di responsabilità delle PROFESSIONI SANITARIE, il quale è determinato:

- Dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi Profili Professionali;
- Dagli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di Diploma Universitari (oggi Corsi di diplomi di Laurea) e di formazione Post-Base;
- Dagli specifici codici deontologici.

Arriviamo quindi al 2001 dove viene emanato un Decreto Interministeriale con il quale si identifica l'ordinamento Didattico per l'attivazione del Corso di Laurea Triennale in Infermiere Pediatrico.
Alla Vigilatrice d'Infanzia è sempre stato insegnato a:

- SAPERE (acquisire conoscenze)
- SAPER FARE (acquisire capacità)
- SAPER ESSERE (acquisire – elaborare comportamenti)

Ma allora il futuro chiede all' Infermiere Pediatrica/o di: SAPER DIVENIRE (Professionisti della salute dei bambini e della sua famiglia) e forse ancora più impegnativo SAPER FAR DIVENIRE (crescita dell'Equipe assistenziale nel rispetto delle competenze e delle professionalità)
Al fine di erogare ai bambini ed alle famiglie un servizio di qualità.

** Infermiere Insegnante Dirigente Dott. A.S.L. 18 Alba – Bra (Cuneo)*

Bibliografia legislativa:

Legge 19 Luglio 1940, n.° 1098 "Disciplina delle Professioni Sanitarie Ausiliarie Infermieristiche e di igiene sociale, nonché dell'arte di puericultrice".
Legge 29 Ottobre 1954, n.° 1049 "Istituzione dei Collegi delle I.P., delle A.S.V. e delle V.I.".
D.P.R. 24 maggio 1965, n.° 775 "Modificazioni allo statuto dell'Università degli Studi di Roma. Istituzione Scuola Speciale per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica".
D.P.R. 14 Marzo 1974, n.° 225 "Modifiche al R.D. 2 maggio 1040, n.° 1310 sulle mansioni degli I.P. e I.G.".
Legge 30 Aprile 1976, n.° 338 "Modifica alla legge 19 luglio 1940, n.° 1098 per V.I.".
D.M. 17 Gennaio 1997, n.° 70 "Profilo Professionale Infermiere Pediatrico"
Legge 26 Febbraio 1999, n.° 42 "Disposizione in Materia di Professioni Sanitarie"
Decreti 02 Aprile 2001 "Determinazione delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie"
Decreto 09 Luglio 2004 "Laurea Specialistica (o Magistrale) in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

non viene utilizzato.(Safar P, Behringer W, Böttiger BW, et al. Cerebral resuscitation potentials for cardiac arrest. *Crit Care Med*. 2002;30(suppl 4): S140–S144)
I metodi di raffreddamento extracorporei sono efficienti ma anche molto più invasivi per essere utilizzati in ambiente pre-ospedaliero o nella maggior parte dei reparti di emergenza.
Le tecniche di raffreddamento ad oggi maggiormente utilizzate sono sostanzialmente 2:

- Infusione rapida di Ringer Lattato a 4°C nella dose di 30 ml/Kg in 30 minuti. Se la PVC > 15mmHg infonderne 15 ml/Kg e posizionare del ghiaccio tutto intorno al paziente (Bernard, modificato 2003);
- Posizionamento di biancheria di protezione sul paziente. Al di sopra di questa posizionare sacche di ghiaccio fino alla completa copertura della superficie corporea e una termocoperta integrale collegata al sistema Warm air per la circolazione forzata di aria non riscaldata.

Una volta raggiunti i 33 °C il paziente di solito rimane a questa temperatura con una minima necessità infermieristica. Poiché a 33°C il brivido è minimo, l'uso giudizioso della sedazione più che della paralisi permette di mantenere la temperatura costante. Se la temperatura inizia a salire sopra i 33.5°C viene somministrata una piccola dose di sedativo (midazolam) e vengono applicati impacchi di ghiaccio a livello del capo del collo e del torace del paziente. Un packing più aggressivo solitamente non è necessario. Se la temperatura invece scende a 32.5°C viene rimosso il ghiaccio e sospesa la sedazione o la curarizzazione ed eventualmente viene applicata una coperta termica.
Recentemente, si è reso disponibile (ma purtroppo non per tutti) un dispositivo di scambio di calore intravascolare, per mezzo del quale è possibile effettuare un rapido raffreddamento con un controllo molto preciso della temperatura.
Un monitoraggio accurato della temperatura è importante, perchè l'incidenza di complicanze come aritmie, infezione e coagulopathy, è probabile che aumenti se la temperatura interna precipita notevolmente sotto 32°C.
Il Monitoraggio continuo può essere eseguito utilizzando un catetere vescicale con sonda per la temperatura (se il paziente non è oligoanurico). In presenza di oligoanuria scegliere un sistema alternativo come ad esempio la temperatura esofagea o tramite un catetere in arteria polmonare (Swanganz) se in situ. Le altre tecniche di monitoraggio della temperatura, inclusa la misurazione della temperatura timpanica intermittente, sono sicuramente meno affidabili. Sempre disponibili chiaramente gli altri parametri: ECG + ST, Pressione Arteriosa Cruenta e PVC, SaO2 ed ETCO2. Il ritorno alla normotermia deve essere eseguito, come si è già detto più volte, evitando il brivido durante il riscaldamento e ponendo attenzione a comparsa di vasodilatazione, ipotensione (aumentare infusione di cristalloidi) e iperpotassiemia.
La durata ottimale dell'ipotermia indotta dopo ACC non è nota. Gli studi a disposizione hanno indotto ipotermia per 12 o 24 h senza che il prolungamento a 24 h abbia evidenziato ulteriori vantaggi (le raccomandazioni ILCOR non forniscono ulteriori consigli). Il protocollo australiano prevede il riscaldamento attivo con coperta ad aria e liquidi caldi, con un aumento della temperatura corporea di 1 °C /h. In questa fase è spesso necessario aggiungere altri liquidi caldi per mantenere la MAP > 80 , pena un peggioramento del quadro neurologico. Paricolare attenzione poi ai rebound del K+.

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO ASSOCIATO

1. Sedazione con midazolam + meperidina (12,5 – 25mg per ridurre il brivido) ed eventuale curarizzazione nella fase di induzione ipotermica;
2. Mantenimento MAP > 80 mmHg;
3. Gestione della ventilazione e del pH con pHstat (ridurre Ve per mantenere PaCO2 tra 35 – 40 mmHg). Non somministrare bicarbonato se pH > 7.00 e trend in aumento;
4. Trombolisi eseguibile dopo IMA o TEPA. Accertare anche dopo di RCP;
5. Controllo dell'ipovolemia da poliuria eventualmente indotta da ipotermia o deficit di ADH;
6. Stretto controllo elettrolitico (soprattutto perdita di K e Mg) oltre a Ca e PO4. Gli elettroliti specie il Mg devono essere mantenuti vicini al limite superiore plasmatici.
7. Stretto controllo glicemico (insulinoresistenza/ridotta secrezione insulinica);
8. Controllo della coagulopatia;
9. Asepsi rigorosa!!!

INDICAZIONI E CRITERI DI ESCLUSIONE

Bernard afferma che per ogni 2 anni di aumento dell'età si ha una riduzione del 9% della probabilità di ottenere un buon outcome neurologico, e per ogni ritardo di 1,5 minuti dal collasso al ROSC si ha una riduzione del 14% di ottenere un buon outcome neurologico. In sostanza, solo nel 15-18% di tutti i pazienti in ACC è indicato il trattamento con ipotermia, mentre più dell'80% dei pazienti non può beneficiare da questo approccio.
Il trattamento con ipotermia ad oggi, è indicato nei pazienti sopravvissuti ad arresto cardiaco con qualsiasi ritmo di presentazione, con intervallo dal malore all'inizio della rianimazione minore di 15 minuti e ricomparsa di circolo dopo massimo 60 minuti, e su tutti i pazienti in coma dopo ROSC.
Le controindicazioni relative riguardano:

- Pazienti con trauma cranico maggiore (escludere emorragie prima del raffreddamento);
- Chirurgia maggiore nelle due settimane precedenti (aumento del rischio di infezioni e sanguinamento in ipotermia);
- Presenza di infezioni sistemiche – sepsi (l'ipotermia riduce la funzione immunitaria ed è associata ad un aumento del rischio infettivo);
- Pazienti in coma per cause diverse da ACC;
- Pazienti con diatesi emorragica nota o con sanguinamento attivo (l'ipotermia altera i parametri coagulatori).

EFFETTI DELL'IPOTERMIA SULL'ORGANISMO

Alcuni effetti potenzialmente benefici dell'ipotermia sul recupero neuronale deve essere controbilanciato dai noti effetti avversi dell'ipotermia. Anche se i sopravvissuti a FV hanno molto da guadagnare dal trattamento ipotermico, alcune evidenze dimostrano che anche i sopravvissuti da arresto cardiaco di extraospedaliero con ritmo di presentazione diverso da FV può trarre profitto.
Molti arresti intraospedalieri hanno una causa non cardiaca, e poiché l'uso di ipotermia terapeutica non è stata significativamente studiata ed estesa in questa popolazione di pazienti, i suoi rischi e relativi benefici sono ignoti.
Finché non saranno disponibili ulteriori dati, l'ipotermia terapeutica non dovrebbe essere usata in pazienti con grave shock cardiogeno o gravi aritmie, durante una gravidanza o pazienti con coagulopatia primaria. La terapia trombolitica non preclude l'uso dell'ipotermia;(Bernard SA, Jones BM, Horne MK. Clinical trial of induced hypothermia in comatose survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *Ann Emerg Med*. 1997;30:146–153) pazienti precedentemente sottoposti a terapia trombolitica furono inclusi sia nello studio australiano che in quello europeo.

CONCLUSIONI

Nel trattare questo instabile argomento, ci si accorge di trovarsi di fronte ad un target di ricerca e sperimentazioni, controversie e risultati basati sull'evidenza, un luogo dove i dubbi e le certezze si intersecano e incoraggiano studiosi e ricercatori a darsi e darci una risposta, imporre certezze e stendere linee guida e protocolli operativi.
La critica portata al modello su cui si basano le attuali raccomandazioni dell'ILCOR di terapie basate sul ritmo d'esordio, è la sua staticità.
La FV infatti è sempre trattata nello stesso modo (cioè con la defibrillazione immediata) sia che essa duri 1 solo minuto o da 15 minuti. Quando questo approccio non ha successo si inizia il MCE ,l'assistenza respiratoria e si utilizzano i farmaci.
Sempre più dati stanno emergendo che questo approccio non è ottimale per tutti i pazienti e le correnti linee guida potrebbero essere controindicate in alcuni pazienti, specie quando la durata dell'arresto è prolungata e la fisiopatologia del danno da ischemia - riperfusione è in progressione.
L'ipotermia come "agente protettivo" della funzione neurologica nel trattamento dei pazienti dopo arresto cardiaco, anche se non è un concetto nuovo, è ora sostenuto da due recenti studi clinici prospettivi, randomizzati e controllati. È ormai certo che, almeno quei pazienti vittime di arresto cardiaco testimoniato con FV e un precoce ritorno al ROSC, come quelli che furono inclusi nelle prove europee ed australiane, dovrebbero essere sempre trattati con ipotermia.
Il supporto della ricerca scientifica ha permesso di valutare gli effetti dell'ipotermia a livelli cellulari, ed è in continua evoluzione. Il processo di raffreddamento come protezione cerebrale possiede una potenziale promessa per ridurre gli sforzi umani durante una rianimazione e rendere gli interventi multifocali, per un recupero sempre più completo del paziente.

EFFETTI DELL'IPOTERMIA SUI VARI SISTEMI

Sistema	T°	Effetto
Tentativi fisiologici di aumentare la T°	30 – 35° < 30°	Nel pz sveglio la generazione di calore provoca: brivido, vasocostrizione periferica, aumento di attività muscolare, aumento della velocità metabolica. Ibernazione: cessazione del brivido, riduzione del metabolismo.
Metabolico	30 – 35°	A pz sedato riduzione della VO2, diminuzione della produzione di CO2, riduzione del metabolismo, aumento del metabolismolipidico A cui consegue aumento del glicerolo, acidi grassi, acidi che tonici, lattati con conseguente acidosi metabolica. Insulino resistenza/riduzione della secrezione di insulina.
Endocrino	< 35,5° < 33°	Aumento dei livelli di adrenalina e noradrenalina; Aumento dei livelli di cortisolo.
Cardiovascolare	35 – 36° < 35° < 34° < 33° < 32°	Tachicardia; Bradicardia, aumento della PVC e riduzione CO, SvO2 invariata o in aumento; Leggero aumento della P.A. (~10 mmHg); Variazione ECG: aumento PR, allargamento QRS e del QT; Aritmia lieve in alcuni pazienti.
Renale	< 35°	Aumento della diuresi, disfunzione tubulare, perdita di elettroliti e disturbi elettrolitici (K, Mg e PO4).
Ematologici	< 35° < 33°	Aumento piastrine ma senza disfunzione, disfunzione della cascata della coagulazione; Leucopenia e alterata funzione leucocitaria.
Gastrointestinale	< 35°	Alterazione della funzionalità colica e della motilità intestinale. Ileo paralitico lieve (molto frequente), aumento degli enzimi epatici.
Immunologico	< 35°	Alterazione della funzione dei macrofagi e dei neutrofili. Soppressione del rilascio dei mediatori pro-infiammatori con conseguente aumento del rischio di infezione (principalmente polmoniti e infezioni delle ferite).
Neurologico	< 30 – 31°	Alterazione della coscienza e letargia. Coma.
Farmacologico	< 35°	Alterata clearence di vari farmaci (dati disponibili per i curari, propofol, fentanil, fenitoina, fenobarbitale, verapamil, propanololo e per gli anestetici volatili), ma gli effetti possono essere applicabili a molte altre classi di farmaci. Non vi è alterazione della clearence della gentamicina (nell'animale). Non vi è alterazione della clearence o dell'effetto della neostigmina.

Frequenza	Effetto
Quasi sempre	Aumento lieve/moderato di amilasi plasmatiche (300-600 U); Lieve trombocitopenia (100-15° x 10^{12}); Aumento dei livelli di lattato (2.5-5 mmol/L).
Frequente	Piastrinopenia moderata severa (30-100 x 10^{12}); Iperglicemia (secondaria a diminuita sintesi/insulinoresistenza); Iperamilasemia (600-1200 u/L); Iperlatatemia (5-7 mmol/L); IpoK - IpoMg - IpoPO4 - IpoCa; Leucopenia (2-3 x 109).
Regolarmente	Lieve incremento degli enzimi epatici (specie le transaminasi); Acidosi metabolica (secondaria all'aumento dei lattati e all'aumentata produzione di acidi grassi liberi, chetoni e glicerolo); Leggero aumento PT e aPTT.
Saltuariamente	Acidosi grave con lattati > 7 mmol/L; Leucopenia severa co GB < 2 x 109; Iperamialsia con valori > 1200 u/L; Trombocitopenia severa con conta < 30 x 10^{12}; Disturbi della coagulazione con marcato aumento aPTT.

Frequenza	Effetto
Alto rischio	Coagulopatia: aumento del tempo di sanguinamento, aumento aPTT, trombocitopenia e trombocitopatia; Alterazione della cascata della coagulazione; Alterazioni elettrolitiche (perdita di K Mg PO4 e Ca; Ipovolemia (secondaria a poliuria indotta dall'ipotermia); Iperamilasemia; Alterata farmacocinetica e metabolismo dei farmaci; Insulinoresistenza.
Basso rischio	Sanguinamento manifesto, gravi disturbi della coagulazione (possibile problema nei pazienti traumatizzati o che per altre ragioni hanno problemi di sanguinamento). La coagulopatia indotta può aumentare la gravità e le manifestazioni di questi sanguinamenti; Infezioni delle vie aeree; Infezioni di ferita e alterata guarigione.
Raro	Ischemia miocardia (vasocostrizione coronaria in pazienti con coronarosclerosi) (?); Pancreatine acuta; Sanguinamento cerebrale.

* infermiere di terapia intensiva, tesi di specializzazione Master

IL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA: la formazione voluta dagli infermieri

di Rosella Baraiolo *

Il percorso professionalizzante, che si conclude con il contestuale conseguimento della Laurea e il superamento anche l'Esame di Stato per l'abilitazione, è il motivo che rende assolutamente necessario la programmazione di un tirocinio realmente formativo per i futuri professionisti. La necessità di far incontrare sistematicamente gli studenti di infermieristica con le persone assistite fa sì che realtà formativa e realtà operativa si incontrino e attraverso la conoscenza reciproca si propongano di essere espressione della medesima professionalità. Almeno così le migliori raccomandazioni per garantire un efficace apprendimento clinico e l'acquisizione di competenze assistenziali rispondenti ai bisogni sanitari degli assistiti. Possiamo anche essere consapevoli che così come le circostanze storiche ci hanno portato ad essere, così non possiamo che presentarci alle nuove generazioni di colleghi con il patrimonio di conoscenze ed esperienze che si hanno maturato. Tutto questo appartiene a tutto il gruppo professionale ed è stato vissuto e testimoniato anche prima della istituzione della Laurea in Infermieristica. Quello che si registra è un certa difficoltà a percepire la continuità e l'innovazione che la formazione infermieristica attuale esprime. Appare quindi interessante riprendere alcuni passaggi che hanno consentito il passaggio in Università e quali elementi sostanziali, oltre che normativi, ne dimostrano l'inevitabile sviluppo.

PRIMA DELL'EMANAZIONE DEL PROFILO ...

La professione infermieristica in Italia sta vivendo un passaggio storico fondamentale. Oltre ad una revisione completa della regolamentazione dell'esercizio professionale, anzi proprio collegato e condizionante lo stesso, si è assistito negli ultimi 15 anni al passaggio della formazione di base dal canale della formazione professionale regionale, appunto all'inserimento a pieno titolo nel percorso universitario. Certo è che, con l'assestamento della formazione universitaria, attualmente i componenti del gruppo professionale di fatto giungono da percorsi formativi diversificati. La tabella e il grafico degli iscritti all'Albo IPASVI suddivisi per anno e tipo di diploma, relativo alla realtà della provincia di Sondrio, ne è un eloquente esempio.

Anno abilitazione	Titolo	Numero
Precedente al 1975	Diploma di IP (biennio)	146
Precedente al 1998	Diploma di IP	1641
Dal 1998 al 2003	Diploma Universitario	66
Post 2003	Laurea in Infermieristica	72
	Totale	**1925**

Dati IPASVI Sondrio 2006

Quindi la popolazione di gran lunga più rappresentata è naturalmente l'insieme di coloro che sono in possesso del titolo di base di Infermiere Professionale, e sono essi ad avere in carico la formazione delle nuove generazioni. Certamente molti hanno acquisito qualificazioni ulteriori, tuttavia questo dato di fatto, per molti è oggi motivo di sconcerto e dubbi, e corrisponde a un percorso lungo ed ad un processo voluto che ha radici lontane. Quindi la domanda è: qual è l'eredità che la professione, come si è strutturata fino alla metà degli anni '90, sta trasmettendo ai giovani professionisti? Perché si è voluto questo cambiamento?

E' interessante riprendere alcuni aspetti del dibattito molto acceso che aveva accompagnato la decisione del cambiamento del sistema di formazione infermieristica. Non mancavano espressioni di perplessità e resistenze variamente giustificate, fondamentalmente orientate a mantenere il canale regionale, ma la professione tenacemente e con convinzione riteneva ormai indispensabile collegare il proprio sviluppo alle opportunità date dalla riforma universitaria in corso che aveva introdotto i Diplomi Universitari triennali (L. 341/1990). In particolare si presentavano diversi gli studi inerenti i processi di professionalizzazione delle occupazioni, e le osservazioni in merito all'attività svolta dagli infermieri indicavano l'acquisizione di un titolo elevato, appunto universitario, come livello adeguato per acquisire conoscenze e competenze complesse, quali ormai si presentavano necessarie per erogare l'assistenza infermieristica. La definizione e la esplicitazione del concetto di COMPETENZA TECNICA ESCLUSIVA per l'assistenza infermieristica (Cantarelli, 1987) costituiva la base concettuale per affrontare la necessità della riforma della formazione infermieristica. E' sempre di quel periodo (Cantarelli, 1989) la presentazione degli elementi costitutivi del professionista infermiere quale specialista, secondo tale visione egli:

a. Ha competenze tecnico-scientifiche proprie di un certo campo di attività;
b. Incide direttamente sulle condizioni dell'utenza;
c. È responsabile verso i singoli casi (vuole il meglio per il proprio utente)
d. È portato a ricercare l'ottima soluzione: *è orientato all'ottimo*.

LA VOCE AUTOREVOLE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Il significato portante di tali affermazioni permetteva di inserirsi per risolvere anche a livello legislativo la necessità di una normativa più adeguata al momento storico si sia per quanto riguardava l'esercizio che la formazione. Furono proposti gli elementi a sostegno di questa presa di posizione, espressione della maturità e della dignità scientifica già acquisita dalla disciplina infermieristica espressa come (D'Avella, 1992):

1. la complessità e la specificità della professione infermieristica, che considera l'uomo-persona come sistema integrato e come totalità unificata;
2. l'"intellettualità" della professione infermieristica, riconosciuta anche con l'istituzione dell'albo professionale fin dal 1954;
3. il "sapere infermieristico" come scienza a sé, in quanto ha un proprio "*corpus conoscentiae*" che viene applicato nell'esercizio professionale, con autonomia e responsabilità;
4. l'autonomia scientifica e l'autonomia didattica, che trovano nella scelta della formazione universitaria per gli infermieri piena giustificazione.

Intorno a questi valori e a queste affermazioni tutta la leadership infermieristica si era mobilitata per ottenere lo scopo. E come sappiamo vi sarebbe riuscita.

Nel delineare la formazione universitaria per acquisire una specifica professionalità (Sasso, 1992) si sarebbe dovuto comprendere:

- area della formazione teorica
- area della formazione tecnico-esercitativa
- area della formazione pratica: che includa il tirocinio professionale guidato e graduato nel triennio sia nelle difficoltà tecnico-professionali che nella qualità dei problemi affrontati.

Quindi il tirocinio veniva ad essere confermato quale parte integrante anche del nuovo sistema formativo, e infatti gli ordinamenti didattici lo inserirono sistematicamente, e non solo in ossequio alle disposizioni della normativa internazionale, ma come indicazione essenziale proveniente dalla professione.

Il successivo dibattito, non del tutto esaurito a tutt'oggi, riguarda invece come inserire a pieno titolo nella docenza universitaria i responsabili dell'attività svolta per l'apprendimento clinico e come trasferire tali capacità didattiche in ambito universitario. L'accesso alla carriera universitaria avrebbe rappresentato un ulteriore momento di riconoscimento della specificità della cultura infermieristica, che non si poteva limitare semplicemente all'individuazione di un unico un settore scientifico-disciplinare (MED/45)

Si può quindi concludere che tutto il processo è stato determinato e guidato da una volontà ben precisa, pur nella consapevolezza delle incognite e delle difficoltà. Un ben definito progetto per offrire la migliore risposta assistenziale alle persone che ne avrebbero avuto bisogno e quindi essere all'altezza del mandato professionale che la società ha riservato agli infermieri. Questo attraverso un elevato livello di conoscenze teoriche, metodologiche e pratiche che appunto solo la formazione universitaria a oggi è in grado di garantire.

* *Prof. a c. Coordinatore Sezione di Sondrio, Corso di Laurea in Infermieristica Università Milano-Bicocca*

Bibliografia

Cantarelli M. (1988) *Un modello professionale per l'assistenza infermieristica. Il passaggio da un'assistenza per mansioni ad un'assistenza per prestazioni*. Atti del convegno organizzato dalla Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche, Milano, 2-3 ottobre 1987. Quaderno n.2 della Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche, Università degli Studi di Milano. Città di Castello: Tipografia Tappini.

D'Avella O. (1992) *In*: Albano O., Bompiani A., Frigo G., Ghetti V. eds. *La formazione universitaria nelle discipline infermieristiche,* 1991, Verese. Milano: Fondazione Smith Kline – Franco Angeli, 127-130.

Sasso L. (1992) *In*: Albano O., Bompiani A., Frigo G., Ghetti V. eds. *La formazione universitaria nelle discipline infermieristiche,* 1991, Verese. Milano: Fondazione Smith Kline – Franco Angeli, 141-146.

Cambio gli occhiali!

Un giorno un professore di filosofia sale in cattedra e, prima di cominciare la lezione, toglie dalla cartella un grande foglio bianco con una piccola macchia di inchiostro nel mezzo.

Dopo aver chiesto l'attenzione necessaria agli studenti domanda:

"che cosa vedete qui?"

"Una macchia d'inchiostro!" risponde lo studente più diligente della classe"Ecco – continua il professore – così sono gli uomini: vedono solamente le macchie, anche le più piccole, e non il grande e stupendo foglio bianco che è la vita! Avete capito?

In tutto c'è qualcosa di buono: persino un'orologio fermo segna l'ora esatta due volte al giorno!"

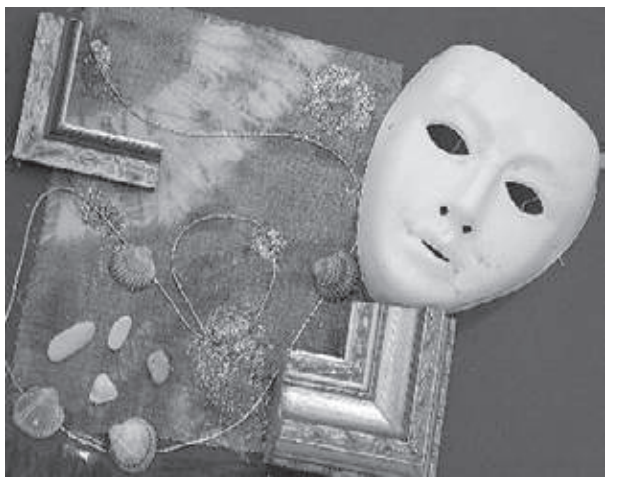
Perciò ho deciso di cambiare gli occhiali per mettermi a leggere il positivo, in ogni momento e davanti ad ogni persona.

Franco

Aquile e polli

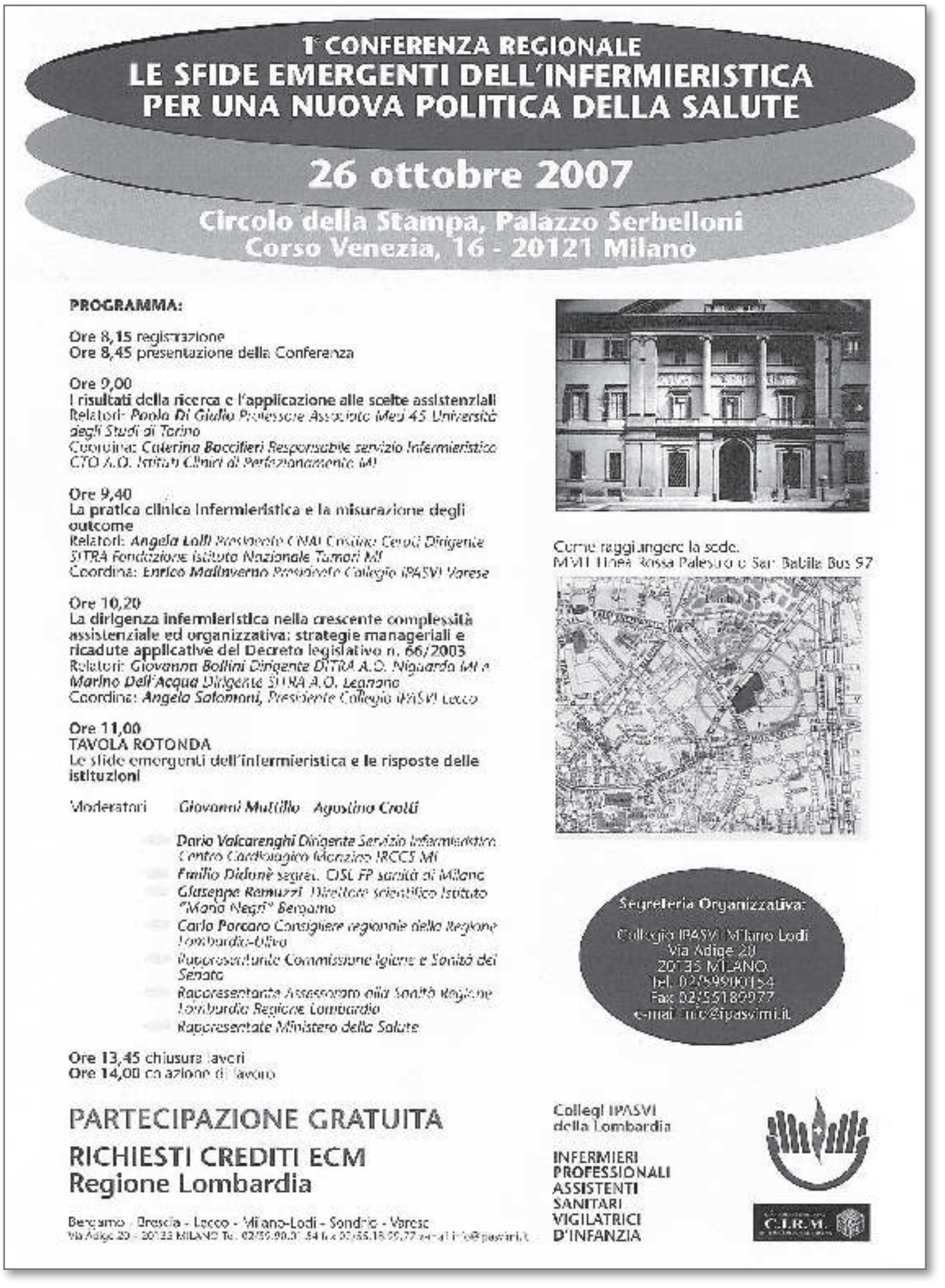
di Bruno Robustelli Test *

Ogni tanto, come tutti, anch'io rifletto sul perché delle cose, ben consapevole di non arrivare mai a comprendere le "cose ultime" tanto care ai filosofi dell'antichità. In questo mio peregrinare mentale non posso esimermi dal riflettere sui perché della scelta della mia professione. Quando giungono in reparto gli allievi del corso di laurea, la prima domanda che viene spontanea è: "perché questa scelta?", che a volte sottintende il più classico: "chi te lo ha fatto fare?". Le risposte sono spesso molto diverse le une dalle altre, spaziando da motivazioni molto profonde, di grande taratura morale, fino alle più concrete, riguardanti la certezza di un posto di lavoro. Tornando a me, spesso mi interrogo sui perché di questa scelta, avendo un bisogno atavico di trovare risposte. Quelle fondanti sono su una roccia sana, inattaccabile. Più difficile rimane calarsi nel quotidiano, nella realtà di tutti i giorni, fatta di routine, levatacce, notti interminabili, passate a tentare di salvare una vita spesso giunta alla sottile linea verde che un tempo meno moderno del nostro segnava la fine delle candele.
Oggi, sommersi da una confusione di concetti urlati dai moderni tuttologi e presenzialisti della stampa e della televisione, diventa sempre più difficile trovare motivazioni profonde per affrontare ed aiutare ad affrontare situazioni che a prima vista annichiliscono l'uomo, svilendone la peculiarità.

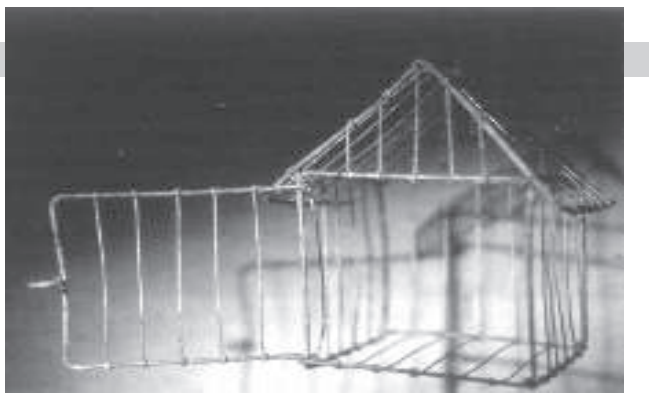


Quando l'uomo è ridotto ad un "lucignolo fumigante", ad una "canna incrinata", occorre scavare dentro noi stessi per trovare risposte, stimoli; occorre saperci rinnovare quotidianamente, oserei dire ricaricarci. E lo Stato, che fa? Ci da una mano? Macchè, neanche a parlarne.
Dopo estenuanti trattative, abbiamo raggiunto i fatidici cento euro lordi, poco più di sessanta euro netti di aumento in tre anni, che sforzo!
Guardando il cedolino del mio stipendio, vedendo la nostra indennità notturna, festiva, di rischio professionale e quella di rischio infettivo non posso fare a meno di sorridere, mio malgrado.
Mi rendo conto che con il solo stipendio mio, sarebbe dura tirare il carrozzone. Mi sento colpito nella mia dignità di uomo, di marito e di padre, mi sento inadeguato economicamente. Eppure siamo a tutti gli effetti dei professionisti, con tanto di obbligo di iscrizione ad un collegio, con una professione riconosciuta come intellettuale, etc…
Rimugino su quanto appena sopra esposto e non posso non fare i conti della serva. Alla fine scopro che in Italia lavorano alcune centinaia di migliaia di colleghi, che ne mancano 50000, che non si riesce ad attirare giovani leve verso questa professione. Possibile che non abbiamo nessun peso a livello contrattuale? Napoleone diceva che il grado di civiltà di un popolo si vede dalla cura che ha dei propri morti, ebbene io sono convinto che la civiltà di un popolo si misuri dalle attenzioni che riserva ai propri ammalati, portatori di handicap, persone con le più svariate sofferenze, necessità e limitazioni.
Esistono pochi casi di malasanità che hanno coinvolto espressamente personale infermieristico, eppure ogni volta si grida allo scandalo, ma raramente capita di leggere parole di elogio per coloro che svolgono il proprio lavoro con abnegazione. Mi viene in mente un antico proverbio dell'India profonda:" Fa molto più rumore un solo albero che cade che una foresta che cresce."
Forse sarebbe ora di far sapere ai signori che ci governano, che gli infermieri esistono, lavorano con scienza e coscienza, senza soluzione di continuo, con turni a volte massacranti, inseguendo spesso rari momenti di continuità familiare. Sono convinto che non bastino generiche promesse di una tanto sbandierata autonomia a rendere più vivibile la nostra professione e, pur non auspicando un ritorno al vecchio mansionario, non mi dispiacerebbe che, tra una discussione sul sesso degli angeli e l'altra, i nostri rappresentanti in Parlamento prendessero seriamente in considerazione la stesura di un testo di legge al cui interno potersi muovere. Credo sia giunto il tempo di una generale presa di coscienza del nostro valore, dell'insostituibilità del nostro ruolo all'interno del sistema sanità italiano; credo che sia giunto il momento di smettere di credere di essere polli, di prendere coscienza di essere aquile, e come tali non destinati a razzolare in un pollaio, bensì a solcare maestosamente i cieli, librandoci ad altezze a noi riservate.
Mai come ora mi sembra attuale un meraviglioso testo di Anthony De Mello, gesuita che ha trascorso in India tutta la sua vita: "Messaggio per un'aquila che si crede un pollo", testo che consiglio a tutti di leggere.
Concludo ricordando alcuni colleghi che mi hanno amareggiato, affermando di vergognarsi nell'ammettere che la loro professione è quella infermieristica. Invito tutti ad essere pienamente orgogliosi della nostra professione ed a trasmetterne i valori fondanti, le profonde radici da cui traiamo linfa vitale; invito tutti a far conoscere anche i nostri problemi, le nostre aspettative.
Concludo con la speranza di una maggiore partecipazione anche alla vita del collegio IPASVI, organo che ci rappresenta, e che come tutte le istituzioni è fatto di uomini, e sarebbe bello vedere una maggiore rappresentatività e poter godere di una maggiore collaborazione da parte di tutti i colleghi.
Vi aspettiamo.

** I.P. terapia semintensiva respiratoria, Sondalo*



La notte



di Andrea Viviani

Scende la sera, calano le tenebre e uno strano senso di inquietudine mi invade.
Mi aggiro per casa, nervoso ed irrequieto, cercando un po' di terra a cui attaccarmi, guardandomi dentro ma senza trovare un motivo che giustifichi questo mio sentirmi così strano. Mi rifugio nella lettura, che tanta pace e svago di solito riesce a darmi, ma ho difficoltà a concentrarmi: le parole scorrono via senza che siano in grado di portare la mia mente verso lidi lontani, passati o futuri. Esco sul balcone, accendo l'ennesima sigaretta della giornata, ma il suo usuale potere calmante non ha nessun effetto. Guardo il cielo, pieno di stelle, con una luna enorme e splendente. C'è una luce quasi innaturale, tutta la volta celeste sembra viva e palpitante, con un ritmo diverso dal solito: non calmo e rasserenante ma impazzito ed ansiogeno, come un cuore impegnato in una corsa forsennata. Il potere di quel ritmo è quasi ipnotico e mi soverchia il pensiero dell'immensità del creato e della insignificante, microscopica piccolezza dell'individuo umano che cerca, inutilmente, di piegare la Natura ai propri voleri ed alle proprie esigenze. Una sciabolata fredda mi attraversa la schiena: il termometro segna 18, l'aria è quasi calda. Un senso di vuoto mi attanaglia lo stomaco: i brividi mi scuotono e si diffondono a tutto il corpo. Presenze, indescrivibili presenze che mi sono invisibili ma che riesco a captare, senza poter dar loro una fisionomia o una identità. Ma sento che ci sono e che mi osservano. Se fossi un lupo mannaro mi metterei ad ululare…Mi scappa una risata, priva di allegria e spensieratezza, ma tirata e quasi isterica. Forse sto diventando matto, o forse lo sono già e comincio a rendermene conto solo ora. Rientro, sempre più sconvolto: mi faccio un cicchetto, anche questo l'ennesimo della giornata, ma non serve a scaldarmi: è un gelo che parte dal cuore ed attraversa il cervello, lasciandomi sconfitto ed impotente. Mai come in questo momento mi sento solo e perso, senza sapere dove andare ad appoggiare le mie ossa. Accendo la tele, sperando nel suo potere sonnifero e, quasi d'incanto, distrutto ed esausto, mi accascio addormentato. Quanto è passato? Qualche minuto, forse, e mi desto di scatto con gli occhi sbarrati. Ma non sono a casa mia, nella mia camera, nel mio letto, ma dentro una stanza vuota di un castello, dove le mie richieste di aiuto rimbombano nel nulla. Non sono solo: una donna vestita di luce mi si fa incontro. Non saprei dire che età possa avere: sembra vecchia come il mondo ma ha uno sguardo caldo e rassicurante. Mi distraggo un attimo: sono nudo e mi vergogno un po', ma non vedo nulla che possa coprire le mie miserie. Si avvicina, mi guarda: con una voce profonda mi chiede: "vuoi giocare?". Le rispondo di si, senza osare chiederle chi è e cosa ci faccio qui. Dal nulla compare un mazzo di carte: "carta più alta vince, carta più bassa perde", sentenzia. Pesco: due di picche. Pesca Lei: re di cuori. Mi sorride. "hai perso, devi vedere". La luce si spegne e vengo proiettato in un altro tempo, in un altro luogo. E' come se il mio spirito fosse sospeso, posso vedere ma non posso parlare. Mi sento un po' come Ebenezer Scrooge in quel racconto di Dickens. Sono in ospedale e un uomo, vecchio ed ammalato, si contorce nel suo letto di sofferenza, invocando invano che qualcuno allevi le sue pene. E' solo, non ha nessuno che lo ascolti, che lo conforti, che gli tenga la mano e possa dargli quel poco di calore umano che, quando si arriva alla fine, rappresenta l'unica possibilità di stare vicino a chi sta per varcare la soglia. Chiama sua madre, ma Lei non è più tra di noi già da tanto tempo. Chissà perché nell'ultima agonia si cerca sempre chi ci ha generato: forse perché vorremmo vicini colei che ci ha dato la Vita. Non voglio vedere. Vorrei fuggire, nascondermi, azzerarmi, ma non posso, non mi è consentito. L'uomo anziano suona il campanello: entra un infermiere che, con fare molto distaccato, gli inietta qualcosa in vena e, dopo poco, il dolore lo abbandona. Vengo risucchiato di nuovo nel castello. La signora mi guarda, non sorride più, ma lo sguardo brucia come se avesse dei carboni ardenti nelle orbite. "Giochiamo?", mi chiede. Non riesco a parlare: la mia testa sbatte avanti ed indietro, contro la mia volontà, in una brutta imitazione di un sì. "carta più alta vince, carta più bassa perde". Pesco: due di picche. Pesca Lei: re di cuori "hai perso", mi dice con un'aria un po' sconsolata, "devi vedere". Vengo risollevato nuovamente da terra, mentre urlo il mio no carico di frustrazione. Non voglio vedere, fa troppo male. Sono ancora in un ospedale, ma non nello stesso posto. Sembra una terapia intensiva. Una donna giace, sedata, intubata e monitorizzata in un posto letto ipertecnologico. I parenti la osservano da dietro una vetrata, col loro viso segnato dalle notti insonni e dal peso della sofferenza, seguendo con apprensione il ritmico via vai del respiratore. La Signora è accanto a me: si avvicina alla degente e, con un movimento lento e fluido, carico di una dolcezza e di una pietà infinita, le da un bacio sulla fronte. Il monitor comincia a suonare, sembra impazzito: la linea dell'elettrocardiogramma diventa piatta. Irrompono i medici e gli infermieri: qualcuno, in malo modo, si preoccupa di tirare le tende della finestra, per impedire che i parenti vedano. Si affannano su quel povero corpo cercando di riportarlo tra di noi , massaggio cardiaco, 30 e 2, adrenalina e tutte le diavolerie possibili ed immaginabili per restituire un soffio di Vita alla loro paziente. La Signora mi guarda e, con una occhiata triste, scuote la testa. Passato il tempo canonico, il medico emette la sentenza: "Andata…". Nessuna parola durante le manovre rianimatorie, come se quella non fosse una persona che sta morendo ma solo un corpo con il cuore fermo. Gli infermieri cominciano a comporre la salma, e, certi che nessun estraneo li possa sentire, si raccontano i programmi per il fine settimana. Per loro quella è semplicemente routine, un compito ingrato che bisogna svolgere, un posto letto libero che fra poco verrà nuovamente occupato. Le lacrime cominciano a scendermi ed è strano perché non piango mai. La Signora mi appoggia le mani sul viso e me le asciuga, come faceva mia madre quando ero piccolo. Trovo il coraggio di chiederle: "Perché?" ma per tutta risposta ricompare il mazzo di carte. Urlo il mio no con tutto il fiato che ho in corpo ma la mia mano ha già pescato il due di picche mentre Lei, tra le dita, stringe il suo re di cuori. Cambia ancora lo scenario: una macchina lanciata a folle velocità, occupata da ragazzi pieni di voglia di vivere e al culmine di una serata passata tra scherzi e risate. Una frenata, uno schianto, un boato. Un telefono che squilla nel cuore della notte, un incubo che diventa purtroppo realtà, sofferenza che si aggiunge alla sofferenza, altre vite trascinate nel baratro dei se e dei ma. Sensi di colpa e ragioni che nessuno è in grado di darsi. Cuori spezzati dal dolore di una privazione, ingiusta e crudele, per chi ci è stato sottratto quando non era né il giorno né l'ora. La Signora è lì, lo sguardo duro e le labbra contratte. Ma ha gli occhi lucidi: se non fosse per la poca luce direi che è sull'orlo del pianto. Le urlo in faccia tutta la mia rabbia e il mio "Perché????" risuona nel vuoto ma non trova risposta. Scuote la testa, la incassa tra le spalle e mi riporta via. Ancora nel castello, ancora il suo maledetto mazzo di carte, ancora le mie mani che si muovono come animate da vita propria, ancora il solito due di picche, ancora il solito re di cuori. Mi ritrovo in una Chiesa vuota dove si celebra il mio addio. Una cerimonia funebre rapida, spiccia, senza nessun presente a darmi l'estremo saluto. Poche parole vuote, di circostanza, per un esistenza che non ha saputo lasciare il segno e che, pertanto, non merita di essere ricordata. Un rintocco di campana in un pomeriggio freddo e grigio, trasposizione di come possano essere certe esistenze. Il carro funebre mi accompagna per le vie vuote del mio paese. Qualche faccia si intravede tra le tende tirate delle abitazioni. Osservano e scappano, come se avessero paura che la sorte toccatami possa contagiarli. Il cimitero, la mia tomba, manciate di terra che vengono buttate dall'addetto che è lì, unico individuo presente, ma che è li per dovere e non per volontà propria. Nessuna lapide, nessun fiore, ma solo erbacce che crescono incolte. Qui giace il signor Nessuno. Un passero si posa sopra la terra sotto cui riposo: l'unica presenza che, chissà perché, riesce a darmi un po' di conforto. Dicono che i passeri veicolino lo spirito dei morti: chissà dove finirà il mio. Sono nuovamente nel castello, la Signora non c'è più. E' dunque così che termina l'esistenza? Sono morto e destinato a vivere prigioniero tra queste quattro mura. Mi siedo, triste e sconsolato. Potrei provare a pregare, come mi hanno insegnato da bambino. Ma la preghiera funziona solo se fatta con fede, e io la mia credo di averla smarrita tanto tempo fa. Provo ad aprire una finestra e mi rendo conto che il castello è in mezzo ad un deserto. Una distesa interminabile di sabbia, cotta e riarsa dal sole, con la terra spaccata dalla mancanza di acqua. Un vento caldo ed insopportabile spazza ferocemente l'orizzonte dando origine a vere e proprie tempeste e mulinelli. Non può crescere niente in queste condizioni. Cerco di spostare il mio sguardo più avanti possibile e, con mia grande sorpresa, quasi al limite della mia vista, noto una piccola, microscopica macchia rossa. Mi sforzo di capire cosa possa essere perché, tutto ad un tratto, mi sembra la cosa più importante ed il vero significato del momento che sto vivendo. Mi concentro e cerco di spingermi più in là e, finalmente, riesco a capire che quella macchia è un fiore, ma non un fiore comune, bensì una rosa, piccola, fragile, ma nello stesso tempo bellissima. Rimango incantato ad osservarla: emana un aroma che ammalia. Trasmette un senso di potenza, di forza, di tranquillità e di serenità tale da dare un po' di pace al mio spirito turbato ed inquieto. La finestra si chiude di scatto, ricompare la Signora. Mi guarda: nessuna carta nella sua mano. - Hai visto?-, mi chiede. - Sì, ho visto -, rispondo. - Ma hai capito?-. Scuoto la testa, la guardo senza sapere quale sia la cosa giusta da dire.
Mi fissa dritta negli occhi e, con uno sguardo imperioso ma non cattivo, mi dice: - La mia presenza è connaturata con l'esistenza stessa degli individui. Io sono l'altra faccia della medaglia, la logica conseguenza, la Fine, ciò che si trova al di là dello specchio, l'antitesi e la contrapposizione della Vita. Dove c'è Lei ci sono anch'Io. Gli uomini mi temono, fuggono da me, ma la loro è una battaglia persa. Se esistesse un mondo orfano della mia presenza non esisterebbe più nessuno stimolo a migliorarsi, a cambiare, a cercare, ad ottenere, perché allora il Tempo sarebbe eterno e l'uomo si adagerebbe nella sicurezza di "poter fare" domani, o fra un anno, o fra cent'anni. L'Uomo ha paura di me, perché non conosce né il giorno né l'ora, cerca di allontanarmi e di procastinare a tempo indefinito la mia venuta. Hai giocato a carte con me ed hai sempre perso, perché così deve essere: l'Uomo non può sconfiggermi. Si sforza di ignorarmi, finge che Io non esista, ma arrivo sempre, che sia prima oppure dopo. Non esiste giustizia nel mio agire, ma io rappresento l'unico fattore che colpisce indistintamente ricchi o poveri, giovani o vecchi, giusti o ingiusti. I miei perché sono imperscrutabili ed incomprensibili per Voi, ma fanno parte di un disegno che non deve e non può essere svelato. Posso essere pietosa quando vengo invocata nella sofferenza ma anche crudele ed ingiusta quando arrivo precoce ed inaspettata, gettando nella disperazione chi rimane. Lascio dietro di Me tristezza, rammarico e tanta sofferenza, perché per ogni Vita che prendo, rimane un vuoto incolmabile che può essere riempito, e solo in parte, dai ricordi delle persone che non ci sono più. Ma cosa teme di più l'Uomo? La mia presenza o il dolore, la solitudine, la sofferenza, il non poter realizzare i propri sogni, le proprie ambizioni, le proprie aspirazioni, il rendere dure e difficili le Vite di chi Vive? Ogni individuo lascia un segno, grande o piccolo che sia, e rivive nel ricordo delle persone a cui ha voluto bene e che gli hanno voluto bene. Non importa quanto sia lunga un'esistenza ma cosa sta dentro l'esistenza stessa. E quanto è possibile condividere con le altre persone e renderle partecipi della nostra Vita. La rosa che hai visto, che cresce nel deserto nonostante le condizioni avverse, rappresenta la speranza, che, seppur piccola e fragile è sempre bellissima, nonostante l'aridità che alberga oggi nel mondo. L'Uomo non può vivere senza Speranza: è l'unica risposta che può dare alla mia presenza. Non chiedo agli Uomini di capirmi, ma di rispettarmi. Non chiedo di accettarmi, ma di non lasciare sole le persone che mi riceveranno. Non chiedo di rinunciare a combattermi, ma di considerarmi come un qualcosa che, prima o poi, Vi colpirà. A volte uccide più l'indifferenza, l'incomprensione e il far finta di non vedere perché "non mi riguarda", di me stessa. Uomo, non sprecare il tuo Tempo: non puoi sapere quanto te ne resta ancora!
Apro gli occhi e mi ritrovo nel mio letto, nella mia casa, al sicuro. Il sole è già sorto e con i suoi primi raggi scioglie gli ultimi resti dei miei incubi e dei miei deliri. La mente umana è proprio contorta: chissà perché ho fatto un sogno così strano. Ancora assonnato mi alzo: mi serve proprio una moka di caffè per affrontare un'altra dura giornata di lavoro. Arrivo in cucina e accendo la luce: sul tavolo una rosa ed una carta da gioco. E non può essere altro che un due di picche.

MODALITÀ DI ISCRIZIONE AI CONVEGNI

Leggere attentamente le note organizzative riportate nella presentazione di ciascun evento per documentarsi su sedi, date e costi. Per validare l'iscrizione è indispensabile seguire la seguente procedura:

1. Contattare telefonicamente, dopo le date indicate, il Collegio per avere la conferma della disponibilità dei posti;
2. Ciascuno può effettuare al massimo due iscrizioni;
3. Entro 3 giorni dalla conferma della disponibilità dei posti, compilare in modo leggibile la scheda di iscrizione ed effettuare il versamento;
4. Il versamento della quota deve essere effettuato:
   a. presso la segreteria del Collegio
   b. tramite versamento sul c/c di Tesoreria n. 24367 cod ABI 5216 CAB 11010 TESORERIA Credito Valtellinese, specificando la causale del versamento: "**titolo convegno** ..... **data** .....";
5. Inviare la documentazione (scheda di iscrizione e copia della ricevuta di versamento della quota di iscrizione) tramite Fax (0342/517182) o e-mail (info@ipasviso.org) alla segreteria del Collegio;
6. Utilizzare una scheda di iscrizione per ciascuna persona e per ciascun evento;
7. Saranno accettate disdette con rimborso della quota solo se pervenute in forma scritta entro e non oltre 5 giorni dall'evento.

SCHEDA DI ISCRIZIONE CONVEGNI IPASVI SONDRIO

Cognome ..... Nome .....

richiedo l'iscrizione al convegno: **L'INFERMIERE E LE PROBLEMATICHE ETICHE DEL FINE-VITA**

SEDE:	Sondrio	18 gennaio 2008
	Sondalo	25 gennaio 2008
	Morbegno	1 febbraio 2008

Iscrizioni da lunedì 5 novembre – ore 14

Dichiaro di essere iscritto all'Albo IPASVI del Collegio della provincia di Sondrio

Mio recapito: Via .....

CAP ..... CITTA' ..... PROV. .....

CODICE FISCALE .....

Sede e Unità operativa di Appartenenza .....

..... Qualifica .....

Intestare la ricevuta a: ..... (se nominativo diverso dalla persona indicata sopra)

Ho effettuato il versamento di € ..... **in data** .....
come da allegata copia.

Firma .....

Autorizzo il Collegio IPASVI della provincia di Sondrio al trattamento dei dati personali sopra dichiarati ai soli fini istituzionali e alle comunicazioni inerenti la certificazione ECM, ai sensi della Legge 675/96.

Presentazione del corso: "L'INFERMIERE E LE PROBLEMATICHE ETICHE DEL FINE-VITA"

Affrontare il problema della morte è un'impresa estremamente difficile, confrontarsi con le tematiche etiche connesse con la fine della vita lo è ancora di più. Più una società realizza il progresso, più l'esistenza biologica degli individui tende ad allungarsi, complice l'espandersi di un benessere generalizzato: ne deriva la ricerca spasmodica di vie di fuga per allontanare, esorcizzare, nascondere ciò che è la logica, inconfutabile conseguenza della Vita. La morte è una presenza costante nel percorso della Vita di ognuno di noi: prima o poi entra in contatto con il nostro vivere quotidiano, lasciandoci spesso spaventati, impauriti, annichiliti ed impreparati ad accoglierla, subirla, accettarla. L'infermiere conosce bene la realtà della sofferenza e del termine dell'esistenza: si confronta con esse pressochè quotidianamente. L'evento "morte" diventa quasi una pratica di routine almeno fino a quando non ci tocca da vicino: quando ci trova dall'altra parte della barricata e non si è più chiamati ad assistere o confortare ma ad essere assistiti ed essere confortati ,la fine dell'esistenza non ha più le tinte fosche di un "attestato di solidarietà" ma bensì i caratteri forti di un dolore urente per qualcuno che ci viene strappato, tolto, rubato e che subiamo ma difficilmente accettiamo se non, forse, col tempo.

La tematica etica ha la capacità di coinvolgere, far discutere, mettere in contrapposizione e generare, sul piano delle idee, veri e propri scontri nella speranza di poter definire "che cosa è giusto oppure no". Ognuno di noi ha una propria coscienza, etica, morale, che si è formata e continua a maturare in relazione all'educazione ricevuta, al contesto sociale, all'epoca in cui viviamo, al contesto culturale, alla fede/ non fede religiosa, al vissuto personale individuale, alla propria scala dei valori, all'influenza dei mezzi di informazione. La battaglia delle idee non può riconoscere né vincitori né vinti: le "domande impossibili" sono tali proprio perché non possono riconoscere delle risposte uniche, incontrovertibili ed universalmente accettate. Se il rispetto delle norme vigenti e del codice etico e deontologico rappresenta un nostro dovere prima di tutto come cittadini e a maggior ragione come professionisti sanitari, l'espressione delle nostre opinioni e del nostro parere, in maniera libera e cosciente, è, oltre ad un diritto espressione della democrazia, un dovere che ci viene richiamato dal nostro codice deontologico.(**3.4 L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e ricorre, se necessario, alla consulenza professionale e istituzionale, contribuendo così al continuo divenire della riflessione etica.**)

Come si è evoluto il concetto di morte dalla notte dei tempi fino ai giorni nostri?

Perché si cerca la fuga dalla morte? È possibile "accettare" la morte? E attraverso quale percorso? Che cosa sono e che significato possono avere le direttive anticipate di trattamento? Che cos'è l'eutanasia e quali le opinioni, le correnti di pensiero, i pareri, le posizioni, i dati statistici di chi sostiene che sia moralmente accettabile e di chi invece ne sostiene l'assoluta illeicità? Che cos'è l'accanimento terapeutico e perché ci si accanisce sull'ammalato? Che cos'è e a cosa serve il Comitato Etico Ospedaliero?

Domande a cui si cercherà di dare una risposta, o quantomeno alcune delle possibili risposte…

Questo corso non vuole avere l'arroganza di "vendere" delle verità preconfezionate, uniche e valide in tutte le situazioni, a cui uniformarsi, ma bensì si prefigge l'obiettivo di stimolare un confronto portando, nella maniera più imparziale possibile, i pareri, le opinioni, le correnti di pensiero, alcune esperienze personali relative alle problematiche etiche inerenti il fine-vita.

La scelta di un corso per infermieri tenuto da relatori infermieri trova il suo perché nel cercare di dare un contesto il più possibile vicino al nostro vissuto quotidiano.

Fermarsi a riflettere: un'azione che, presi dalle mille cose e dai mille pensieri di ogni giorno compiamo sempre più di rado.

Meditare sulle azioni che compiamo o omettiamo e chiedersi quale valenza etica questi gesti possano avere.

Esprimere un'opinione, personale e soggettiva, frutto di un percorso fatto di riflessione, di intima ricerca e del tentativo di darsi delle risposte a domande che non possono riconoscere delle verità indissolubili ed universalmente accettate.

Confrontarsi con gli altri, in maniera libera, indipendente, senza preconcetti o timori di "dire qualcosa di sbagliato" forti delle proprie convinzioni ma, nello stesso tempo, rispettosi delle convinzioni di chi la pensa in maniera diversa o opposta alla nostra.

Chi deve o vuole essere moralmente giudice e chi si ritrova eticamente sul banco degli imputati?

Il cuore della nostra professione risiede nella capacità di stare dalla parte dell'ammalato: definire dove essa sia, dal punto di vista etico, nelle tematiche di fine vita risulta estremamente difficile e controverso, a volte oggettivamente impossibile.

Non è un atteggiamento costruttivo nascondersi dietro la difficoltà o, peggio, fingere che il problema non esista o non ci riguardi. Informarsi e prendere atto ci rende professionisti, ma soprattutto persone, più consapevoli e può aiutarci nel nostro personale percorso di scoperta e ricerca delle nostre individuali verità.

PROGRAMMA

18 gennaio Sondrio - 25 gennaio Sondalo -1 febbraio 2008 Morbegno.

Moderatore Ercole Andrea Piani

ore 08.00	REGISTRAZIONE PARTECIPANTI E COMPILAZIONE SONDAGGIO INFORMATIVO
ore 08.15	L'ETICA DEL PROBLEMA ETICO: ISTRUZIONI PER L'USO - Relatore Andrea Viviani
ore 08.45	LA MORTE E IL MORIRE: DALLA STORIA ALL'ATTUALITA' - Relatore Bruno Robustelli Test
ore 09.45	LE DIRETTIVE ANTICIPATE DI TRATTAMENTO - Relatore Chiara Fognini
ore 10.45	BREAK
ore 11.00	EUTANASIA: TRA IL DIRITTO ALLA VITA E LA DIGNITA' DELA STESSA. La legge, le religioni, i mass-media, i pareri, le opinioni, i dati statistici - Relatore Andrea Viviani
ore 13.00	PAUSA PRANZO
ore 14.00:	L'ESPERIENZA LAVORATIVA A CONTATTO CON L'AMMALATO TERMINALE - Relatore Giovanna Cazzaniga
ore 15.00:	IL COMITATO ETICO OSPEDALIERO - Relatore Paola Parolini
ore 15.30:	BREAK
ore 16.00:	ROLE PLAYNG
ore 17.00:	DISCUSSIONE E CONSIDERAZIONI
ore 17.30:	COMPILAZIONE SONDAGGIO INFORMATIVO
ore 17.45:	TEST DI VERIFICA
ore 18.00:	TERMINE LAVORI