

INFERMIERE DI FAMIGLIA... questo sconosciuto

di Giuseppe Franzini, Presidente OPI Sondrio



Sentiamo sempre più parlare dell'Infermiere di famiglia e di Comunità, ma chi è questo professionista e perché non è ancora pienamente riconosciuto in Italia, se non in poche realtà regionali.

Guardando verso realtà sanitarie di altri Paesi, ad esempio il Regno Unito o gli USA, si evidenzia già da tempo la presenza di queste figure, in particolare in UK l'infermiere di famiglia ovvero il *Public Healty Nurse*, presta il suo servizio in grandi comunità e si occupa degli aspetti relazionali e pratici che riguardano il mantenimento e il supporto della salute del paziente.

Negli USA il *Family Nurse Practitioner*, che solitamente agisce sotto la supervisione di un medico, si occupa della salute della famiglia, ponendo le basi alla riabilitazione educativa del paziente qualora fosse richiesto e più in generale attività di supporto nell'assistenza sanitaria.

Al momento in Italia sono relativamente poche le realtà attive sul territorio, e soprattutto al nord. Possiamo citare Trieste nel Servizio Infermieristico Aziendale, il Friuli, dove è istituito l'Infermiere di comunità, la Toscana con la delibera regionale 597 del 4/6/2018, ha fatto proprio il modello dell'infermiere di famiglia e di comunità.

Il Piemonte, con una delibera della Giunta regionale in cui si prende atto del successo riscosso dalle sperimentazione

di questa modalità di gestione dell'assistenza nelle Asl di Asti, Novara, Vercelli Cusio Ossola e di quello del progetto europeo COSENSO, istituendo parallelamente percorsi di formazione avanzata, già dal 2005 presso l'Università di Torino e nel 2012 presso l'Università di Novara.

In regione Lombardia, il ricorso agli Infermieri di Famiglia, nasce a Varese nel 2014, implementando nei due anni successivi altri tre distretti: Luino, Busto Arsizio, Desio e Biandronno.

Ma è con la Legge Regionale 23 dell'11-08-2015 "Evoluzione del sistema Sociosanitario lombardo" e la successiva Delibera Regionale N. X del 30/01/2017 "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili", che si avvia il nuovo modello di presa in carico dei cittadini affetti da patologie croniche e/o in condizioni di fragilità.

Il successivo decreto n.569 del 18/01/2018, al fine di facilitare il processo di attuazione della riforma del sistema sociosanitario lombardo per lo sviluppo di percorsi di *care* e di *case management*, con particolare riguardo alla presa in carico dei pazienti cronici, definisce l'impegno della Direzione Generale Welfare, a dare specifica attenzione al ruolo dell'infermiere di famiglia.

La prima stesura del ruolo dell'Infermiere di famiglia, è stata prodotta dall'ufficio regionale Oms per l'Europa di Copenaghen nel gennaio del 2000. In questo documento viene per la prima volta descritta la figura dell'infermiere di famiglia, ovvero quel professionista sanitario che si concentra sulla salute della famiglia, intesa come nucleo familiare, e in particolare è il responsabile delle cure domiciliari, vale a dire dell'insieme di tutti quei trattamenti me-

diche, infermieristiche e riabilitativi al fine di stabilizzare il quadro clinico e rendere migliore la qualità di vita.

Ma come possiamo inquadrare oggi il ruolo e le competenze di questo professionista?

Da tempo l'infermiere ha nel suo sviluppo professionale futuro sia il management che la clinica, grazie alle competenze specialistiche già attive in molte Regioni. Istituti di ricerca come Sda Bocconi e Cerimas dell'Università Cattolica hanno ribadito la necessità di porre la professione infermieristica in una posizione di coordinamento gestionale dell'assistenza. L'infermiere potrà essere quella figura di raccordo del percorso personalizzato, e specialmente in ambito territoriale nella costruzione della continuità con gli altri professionisti, tra cui il medico di famiglia quale referente clinico e gli altri specialisti.

In riferimento al *DGR 4662 del 23 dicembre 2015* si delineano nuovi ruoli che possono essere ipotizzati per l'infermiere di famiglia e/o del case manager, le cui possibili declinazioni possono essere così esplicitate:

Nel ruolo clinico l'Infermiere Case Manager (ICM) ha la responsabilità di accertare i bisogni dei pazienti e delle loro famiglie, identificare i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive.

In collaborazione con gli altri membri del team interdisciplinare, sviluppare il Piano Assistenziale Individuale, gestire la relazione di aiuto utilizzando abilità di counselling, per favorire la collaborazione del paziente e l'adattamento alla malattia.

Nel ruolo manageriale l'ICM ha la responsabilità di facilitare e coordinare l'assistenza di pazienti durante la presa in

CONTINUA A PAGINA 2 ►

Urgente e indispensabile la revisione dei criteri di determinazione degli organici in Regione Lombardia

di Ercole Piani



Un indicatore efficace di come i sistemi articolano il contributo della professione medica e di quella infermieristica è il rapporto infermieri/medici. Nei confronti internazionali il nostro Paese, essendo caratterizzato da una medio alta densità medica e una medio bassa densità infermieristica, si colloca nelle ultime posizioni del rapporto infermieri/medici. Questa analisi dettagliata, di cui troverete report all'interno di Parliamone, è stata presentata alla Direzione di Regione Lombardia dopo un lavoro protrattosi per circa un anno in collaborazione con SDA Bocconi, dove ho avuto il piacere di partecipare in rappresentanza del nostro Ordine professionale.

La ricerca e la letteratura sono concordi sul fatto che il rapporto infermieri/medici è destinato ad aumentare per almeno due fenomeni:

- La cronicità e la demografia in genere aumentano i bisogni di assistenza, area largamente presidiata dagli infermieri vedi precedenti articoli sul tema realtà post acuti e cure intermedie, rispetto a quelli strettamente clinici;
- La crescita professionale degli infermieri permette di allargare il nostro perimetro di azione alleggerendo il lavoro medico e consentendo ai medici stessi di focalizzarsi sulle aree di cura in cui fanno realmente la differenza (i medici sono una risorsa più scarsa e costosa e vanno impiegati dopo aver "saturato" le potenzialità infermieristiche).

Se guardiamo il personale direttamente impiegato nei SSR e alla evoluzione del rapporto nel tempo, risulta evidente come la Lombardia, da una parte, non sia, come ci si attenderebbe, tra le prime regioni nella

composizione (Veneto ed Emilia Romagna sono intorno a un valore di 3 rispetto al 2,73 della Lombardia) e, dall'altra, non abbia tra il 2010 e il 2015 variato il rapporto infermieri/medici - vedasi avanti analisi SDA Bocconi. Si rende quindi urgente una azione di ripensamento dell'attuale skill mix tra le diverse figure professionali e di definizione di un approccio per la determinazione del fabbisogno di risorse che sia appropriato, flessibile, di facile utilizzo ed in linea con le normative nazionali e regionali di riorganizzazione delle reti ospedaliere e territoriali.

I bisogni di assistenza infermieristica nelle nostre realtà territoriali denotano da tempo carenze che si ripercuotono sulla qualità dei servizi erogati dove i Colleghi impiegati sono sottoposti a stress che, in alcuni casi, porta a demotivazione. Risulta quindi urgente e non prorogabile un intervento in tal senso anche nel nostro territorio.

Parliamone ON LINE

Ricordiamo che PARLIAMONE non viene più inviato tramite posta al domicilio. Alcune copie cartacee saranno distribuite presso le varie unità operative ospedaliere e territoriali.

Ai Colleghi in possesso di posta certificata Parliamone sarà inviato in allegato e chi, non avendo ancora provveduto ad aprire una casella di posta certificata, (obbligo per i pubblici dipendenti e fornita gratuitamente dall'OPI) potrà scaricare l'allegato dal sito del nostro Ordine provinciale.

Tra le mete preferite da anni frequento il passo del Mortirolo e sempre mi fermo al rifugio Antonioli perché trovo una piacevole accoglienza e spesso ristoro. Può capitare in inverno quando ci si arriva con le ciaspole o in estate quando diventa una tappa dei giri in moto; col tempo ho conosciuto i gestori Patrizia e Lino e così ho capito la loro "storia". Mi ha colpito soprattutto l'originalità del loro impegno e la serenità che traspare nonostante non sempre sia facile portare a termine la giornata. Lascio a Monia la risposta a vari interrogativi voglio solo aggiungere che Anemone è una Cooperativa Sociale che riesce nel suo impegno senza usufruire di alcun sostegno economico pubblico e anche solo questo diventa motivo di considerazione. Quindi se vi capita di passare in questo incantevole posto, fermatevi e osservate, oltre al bellissimo panorama, ciò che vi circonda.

Ercole Piani



MORTIROLO, una meta possibile



Anemone alpino

a cura di Monia*

È quel fiorellino dalle tinte bianco-azzurrognole che nel mese di Maggio costella i prati delle nostre montagne. È l'unico che con un coraggio inaudito rompe la monotonia di quel bianco manto facendo capire che la primavera è alle porte. Si lascia baciare dal tiepido sole mentre la brezza mattutina gli accarezza dolcemente i petali.

Noi siamo così, come l'Anemone: fragili, piccoli e terribilmente coraggiosi. Non a caso abbiamo voluto prenderne il nome.

Siamo nati a Maggio anche noi, il 3 Maggio 2015. 8 soci in totale: Anna, Elisa, Patrizia, Lino, Agostino, Giancarla, Valter e Monia.

Costituiti a Brescia come Cooperativa Sociale di tipo B, abbiamo sede legale in Via Villa Glori 36, dove gestiamo una Trattoria ed un piccolo negozietto di prodotti alimentari.

Abbiamo iniziato la nostra avventura in modo particolare. La Ditta individuale di Patrizia, che da qualche anno contava alcuni dipendenti con Sindrome di Down, causa variazioni legislative, non riusciva più a mantenere rapporti con questi ragazzi. L'unico modo che abbiamo trovato è stato la costituzione della Cooperativa, in maniera paradossale, solo per avere la possibilità di lavorare come soci volontari (per coloro i quali fossero estranei a questo mondo consiste nel lavora-

re senza percepire stipendio). Sempre più che chiara è stata l'idea di proseguire con una gestione che potesse rispecchiare quella precedente: niente contributi, niente pubblicità mirate, niente "5 per mille" ecc...

Nulla è cambiato se non il nome con cui ci dobbiamo presentare.

Nel 2016 abbiamo vinto una gara d'appalto (in realtà senza grande sforzo essendo gli unici ad avervi partecipato) per la gestione del Rifugio Antonioli al Passo del Mortirolo, sito al Pian di Cop, Mazzo di Valtellina, Sondrio.

All'attivo abbiamo quindi, nel 2018, Trattoria, Negozio di alimentari e Rifugio. 7 dipendenti stipendiati normalmente ed una decina di altri giovani in collaborazione tramite ulteriori attività (associazioni, cooperative o istituti scolastici che siano).

Quello che spesso ci preme sottolineare è che, nonostante l'identificazione di Cooperativa da inserimento lavorativo, non abbiamo scopo formativo. I nostri dipendenti vengono, si formano presso di noi, ma non per inserimento in altre attività. Come di suol dire "squadra che vince non si cambia", i nostri dipendenti ce li teniamo stretti.

Quest'anno abbiamo iniziato ad introdurre l'idea di "vacanza-lavoro", proponiamo pernottamento gratuito a gruppi di ragazzi con educatori,

chiedendo in cambio lo svolgimento di normali lavoretti di manutenzione. Nella stagione 2018 abbiamo ospitato 5 ragazzi con 2 educatori, per 3 giorni e siamo molto fieri di loro nel dire che sono stati riverniciati tutti i nostri 10 tavoli esterni ed è stata costruita ex-novo una tettoia per la legna come scorta invernale che momentaneamente per ¾ è piena. Nelle prossime stagioni, visto l'impatto positivo di quest'anno, ci piacerebbe incrementare questo tipo di attività, magari introducendo la gestione di un orto e di una serra per frutti di bosco, produzione di marmellate e dolci... Insomma, le possibilità sono infinite, ci potrebbe essere molto lavoro.

La gestione del Rifugio in questa maniera atipica ci rende molto fieri del nostro e altrui operato, ci sentiamo parte di un insieme più grande, ci sentiamo felici e realizzati. Lavoriamo con il sorriso e non sentiamo il bisogno di far quadrare bilanci su bilanci nonostante questo ci venga richiesto fin troppo spesso.

Con la gestione del Rifugio ci siamo trovati in una situazione che avremmo fatto fatica ad aspettarci. Il cliente stesso si sente partecipe del lavoro del Rifugio, è come se fossimo immersi in un vero e proprio gruppo nuovo e molto più unito. Siamo in una famiglia allargata e meravigliosa. Non pesa più tutto solo sulle nostre spalle. Non dob-

biamo più temere nulla. Siamo stati accolti in questo nuovo territorio che ci ha fatti sentire a casa e ha subito eliminato tutte le paure che avremmo potuto avere.

Io sono Monia, ho 22 anni e sono Presidente della Cooperativa dal 2015, quando è nata. Sono figlia di Patrizia e Lino e già l'aver scelto me come rappresentate della Società è un chiaro sintomo dell'impronta di diversificazione che vogliamo dare. Quando avevo 10 anni, i miei

genitori hanno cambiato la mia e le loro vite adottando Paolo, bambino con Sindrome di Down. È stato uno dei cambiamenti migliori che mi abbiano mai colta. Mi piace pensare che tutto ciò sia accaduto grazie a lui.

Generalmente si dice che la famiglia la si trova e gli amici si scelgono. Noi siamo qualcosa di completamente diverso. Cooperativa per necessità, Famiglia per scelta.

* Presidente Cooperativa Sociale Anemone



► CONTINUA DALLA PRIMA PAGINA

INFERMIERE DI FAMIGLIA...

carico, gestire l'assistenza, pianificando gli obiettivi, le modalità di trattamento, gli interventi necessari per soddisfare le necessità dei pazienti e delle loro famiglie.

Determinare, in collaborazione con il team multidisciplinare, la durata dell'eventuale degenza e iniziare il piano di dimissione già al momento della presa in carico, pianificare la riammissione in ospedale in caso di

necessità o riacutizzazioni, valutare continuamente la qualità dell'assistenza fornita e le conseguenze dei trattamenti. Sostanzialmente in questo contesto l'ICM potrà essere un facilitatore del lavoro di squadra. Nel ruolo finanziario l'ICM ha la responsabilità di assicurare, in collaborazione con i medici e gli altri membri del team, un'appropriata allocazione delle risorse necessarie

a fornire cure adeguate ai pazienti. Evitare duplicazioni inutili o frammentazione dell'attività programmata, in modo da ottenere un efficace ed efficiente utilizzo di risorse. Di seguito le potenziali aree di competenza nelle quali potrà operare l'Infermiere di famiglia in Italia: Prevenzione primaria, cioè riduzione dei fattori di rischio di malattia attraverso l'educazione sanitaria su

dieta, uso di alcool e tabacco, attività fisica, la riduzione dei fattori di rischio di incidenti domestici ecc.; Prevenzione secondaria, attraverso la promozione di test ed esami mirati a diagnosticare precocemente le malattie; Prevenzione terziaria, concetto che racchiude tutti gli interventi utili ad evitare le riacutizzazioni di malattie croniche;

Interventi di assistenza infermieristica diretta in caso di necessità, ad esempio contestuali alla visita programmata.

In conclusione si può certamente affermare quanto gli Infermieri siano pronti al nuovo livello di responsabilità con uno spirito di piena collaborazione con le altre figure professionali che assistono i pazienti sul territorio.

Festa dei volontari a Poschiavo

di Natalie Varisto*

Pranzo dei volontari

Con il meraviglioso giardino della casa anziani che faceva da cornice, anche quest'anno ha avuto luogo a Poschiavo la tradizionale festa dei volontari: una bella festa che è ben poca cosa rispetto al grande aiuto che riceviamo ogni giorno dalla presenza delle numerose persone le quali, donandoci parte del loro tempo, ci permettono di realizzare numerosi progetti, contribuendo allo scopo di mantenere sempre ottimale la qualità di vita dei nostri ospiti.

Un buon pranzo accompagnato da bella musica, qualche gioco che ha portato buonumore e allegria, un acquazzone che nessuno aveva messo in programma e tanta voglia di stare in compagnia hanno reso questa giornata davvero speciale. Vi proponiamo qui di seguito il sentito discorso di benvenuto del Direttore del CSVP (centro sanitario Valposchiavo) Guido Badilatti:

* Animatrice Ospedale San Sisto Centro Sanitario Valposchiavo



di Guido Badilatti*

nostri ospiti, preoccupandosi del loro benessere e facendo in modo che le loro giornate scandiscano avvolte dalla simpatia e dall'allegria che sapete trasmettere, infondendo loro quella vivacità fondamentale per rendere più sereno il trascorrere del tempo. Da parte nostra, grazie al team di animatrici molto dinamico e ben preparato, nei confronti del quale esprimiamo riconoscenza, cerchiamo di proporre costantemente attività ricreative variegate e che sappiano coinvolgere sia dal punto di vista emotivo che didattico. In questo senso abbiamo di recente aderito con molto interesse al progetto lanciato dalla Biblio-Ludoteca La Sorgente, intitolato "Tutta un'altra storia", progetto che avvalorava l'importanza di riproporre la memoria del passato attraverso gli occhi di chi l'ha vissuto e può raccontarlo attraverso immagini, aneddoti e tante emozioni.

Care volontarie e cari volontari, spero vivamente che questo pranzo, organizzato nello splendido giardino di Casa Anziani, sia di vostro gradimento e che possa rappresentare un piccolo gesto di riconoscenza nei vostri confronti. Il nostro team ha fatto tutto il possibile affinché questo incontro possa trasformarsi in un'occasione di festa e una giornata indimenticabile, da portare a casa e conservare nei ricordi più belli perché frutto della vostra immensa generosità. A nome del Centro sanitario Valposchiavo colgo l'occasione per esprimere a tutti voi la nostra massima gratitudine. Grazie di cuore e buon appetito a tutti. Viva i volontari!

* Direttore del CSVP (Centro Sanitario Valposchiavo)



Care volontarie e cari volontari

È già trascorso quasi un anno dall'ultima Festa dei volontari, un anno denso d'incontri, durante i quali ognuno di voi ha investito molto del proprio tempo libero a favore dei nostri ospiti, offrendo loro, tra le varie attività, una delle cose più importanti del nostro vivere quotidiano: la relazione umana.

Donare tempo libero vale più di ogni genere di ricchezza. Significa mettere a disposizione un bene prezioso, che nella frenesia della modernità è sempre più scarso e introvabile e perciò d'un valore in continua ascesa. Ogni gesto speso all'insegna di chi ha bisogno, anche se all'apparenza piccolo e irrilevante, rappresenta un regalo il cui valore supera quello di ogni bene materiale, un dono il cui effetto non svanisce nel breve volgere di pochi istanti, ma rimane ben ancorato nel cuore di chi lo riceve. Una nota massima del poeta e pittore libanese Khalil Gibran, morto nel 1931, diceva: "Voi date poca cosa dando ciò che possedete. È quando donate voi stessi che donate veramente." In una piccola comunità come la nostra siamo molto orgogliosi di poter contare su un numero così elevato di persone che, nel corso di tutto l'anno, si prodigano spontaneamente a favore dei



Pillole di saggezze sul volontariato

◆ Ho imparato che le persone possono dimenticare ciò che hai detto, le persone possono dimenticare ciò che hai fatto, ma le persone non dimenticheranno mai come le hai fatte sentire. (Maya Angelou)

◆ Chi nel cammino della vita ha acceso anche soltanto una fiaccola nell'ora buia di qualcuno non è vissuto invano. (Madre Teresa di Calcutta)

◆ Non dimentichiamo mai che il vero potere è il servizio. Bisogna custodire la gente, aver cura di ogni persona, con amore, specialmente dei bambini, dei vecchi, di coloro che sono più fragili e che spesso sono nella periferia del nostro cuore. (Papa Francesco)

◆ Sognai, e vidi che la vita è gioia; mi destai, e vidi che la vita è servizio. Servii, e vidi che nel servire c'è gioia. (Rabindranath Tagore)

◆ Qualsiasi persona a cui è stato risparmiato il dolore personale deve sentirsi chiamata per aiutare a diminuire quello degli altri. (Albert Schweitzer)

◆ La maturità inizia a manifestarsi quando sentiamo che è più grande la nostra preoccupazione per gli altri che non per noi stessi. (Albert Einstein)

◆ I volontari non sono remunerati - non perché non valgono nulla ma perché sono inestimabili. (Anonimo)

◆ Com'è meraviglioso che nessuno abbia bisogno di aspettare un solo attimo prima di iniziare a migliorare il mondo. (Anna Frank)

◆ Io vedo che, quando allargo le braccia, i muri cadono. Accoglienza vuol dire costruire dei ponti e non dei muri. (Don Andrea Gallo)

◆ Vivi per te stesso e vivrai invano; vivi per gli altri, e ritornerai a vivere. (Bob Marley)

◆ Accingerci a risollevarlo qualcuno da terra: è il solo motivo che ci autorizzi a guardare qualcuno dall'alto in basso. (Jesse Jackson Jr.)

Racconta sempre i favori che ricevi dagli altri, ma taci i favori che fai tu agli altri. (Catone il Censore)

◆ Ogni uomo è colpevole di tutto il bene che non ha fatto. (Voltaire)

Il piacere di sentirsi utili

di Ercole Piani

Aver partecipato per il secondo anno alla festa dei Volontari è stato veramente piacevole ma ancor più, una gradita sorpresa, vedere così valutato il ruolo del volontariato in una struttura sanitaria. Sapere di essere "utili" per il benessere degli Ospiti viene sempre confermato quando si prende parte alle iniziative proposte e, "toccare con mano", la soddisfazione di chi aspetta che qualcuno passi del tempo insieme, ancor più appagante. Mi capita di partecipare ad alcune attività pur non riuscendo ad essere disponibile secondo le necessità ma, sempre, gli Animatori del San Sisto ringraziano ed è un ringraziare non formale che fa star bene. Il discorso del Direttore è denso di significati ed è stato apprezzato perché le parole sono accompagnate dall'impegno che da anni egli dedica alla Sanità della Val Poschiavo e, quindi, quanto pronunciato diventa ancor più credibile. Ho avuto la fortuna di conoscere la realtà sanitaria di questo territorio a noi così vicino e ho visto crescere moltissimo l'efficienza e la risposta ai bisogni di salute dei cittadini; credo che oggi aver circa 130 Volontari impegnati nei servizi socio-sanitari sia la risposta più importante di quanto si apprezzi l'impegno istituzionale in difesa della salute pubblica.

STIMOLAZIONE BASALE

di Cristina Fontana*

Esiste un mondo, popolato da persone “gravissime”, dove tutto appare uguale e in cui non esiste possibilità di recupero, di aggiustamento e di guarigione. La loro presa in carico e l’inclusione sociale rappresenta una grande “sfida assistenziale” ma, se pur difficile, deve tendere alla promozione della qualità della vita e alla realizzazione di percorsi personalizzati in un contesto, relazionale e affettivo, che cerca di favorire il Ben-Essere non solo fisico ma anche psicologico.

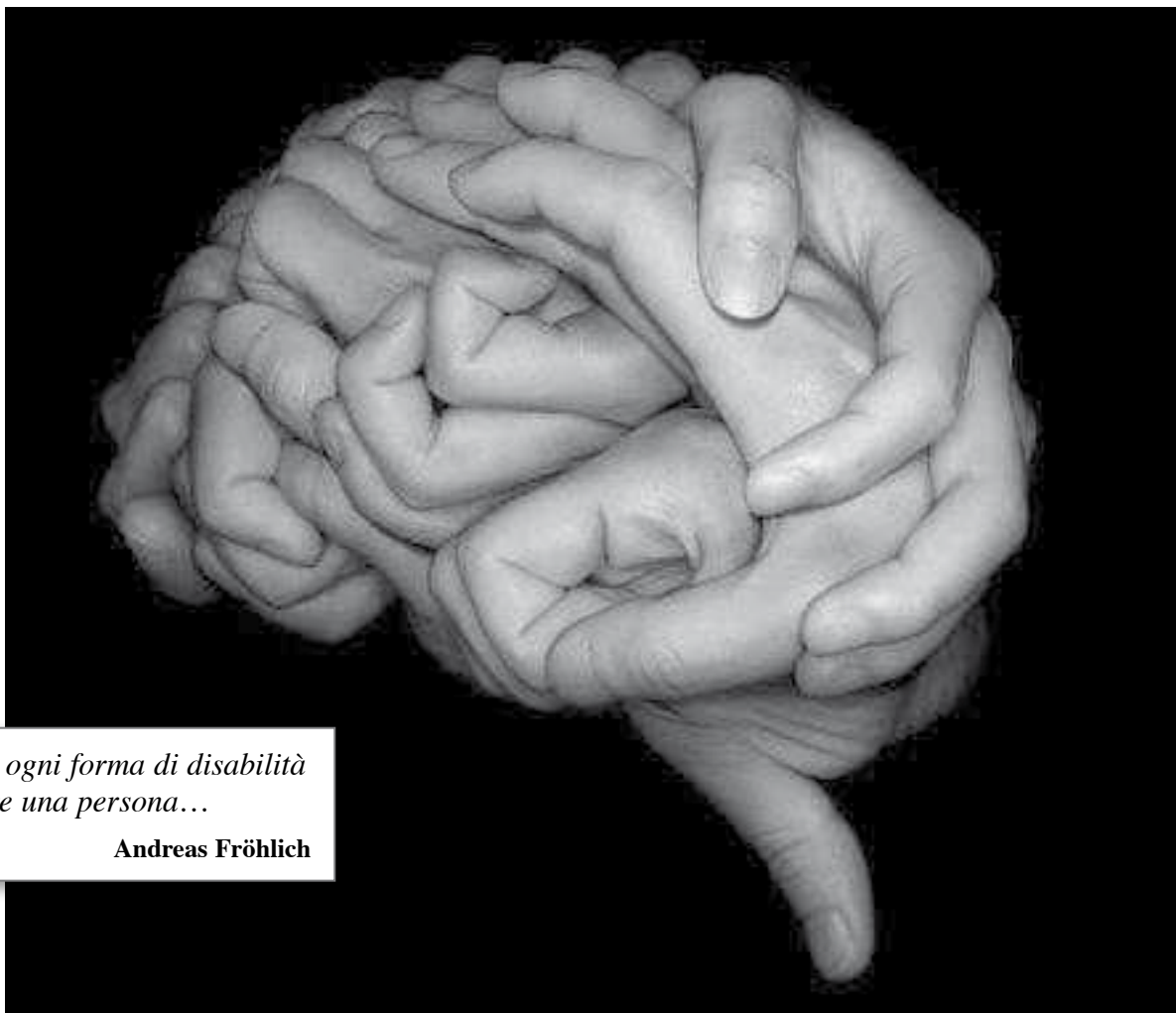
Per “gravissimi” si intendono coloro che sono affetti da disabilità multiple fisiche e psichiche per danni irreversibili permanenti che li compromettono totalmente anche nel movimento e ne fanno parte anche gli anziani che, per patologia (demenza grave, Alzheimer...), vertono in stato di confusione mentale vivendo in una costante “nebbia sensoriale” in cui l’approccio è molto spesso “faticoso” sia per i familiari che per il personale curante. In ogni caso si vorrebbe fare il meglio possibile per prendersene davvero cura, ma ci si trova inevitabilmente di fronte al grande scoglio di come creare un ambiente strutturale e relazionale in grado di capirli, decodificarli, di garantire un reale sostegno e anche auspicare di veder espressa una qualsiasi potenzialità, se pur molto residua.

A partire dagli anni '70, il Prof. Andreas Fröhlich, pedagogista tedesco specializzato in bambini e adulti affetti da cerebropatia, ha ideato un approccio educativo nuovo che ha chiamato “Stimolazione Basale”. Esso si fonda sulla psicologia prenatale e su ricerche che affermano come ogni essere umano, già nella vita intra-uterina, sia dotato di capacità ricettive molto intense e di una mobilità attiva che gli permette di acquisire la percezione di sé attraverso la pelle, organo sottovalutato eppur necessario e fondamentale per la vita di ciascuno.

Nello specifico la *Stimolazione Basale* non è una tecnica rigidamente costituita ma piuttosto un concetto, un approccio che serve alle persone gravissime per entrare in relazione con il proprio corpo, con le persone che gli stanno accanto e con ciò che le circonda attraverso, appunto, stimolazioni strutturate che possono essere vestibolari, somatiche, vibratorie, orali, olfattive ecc.

In altre parole ha l’obiettivo di aiutare la persona grave a scoprire o rivivere sensazioni o vissuti di base (primari) attraverso posture stabilizzanti che permettono di aprirsi al mondo esterno, di “viversi” e di “percepirsi” come individuo attivo e in movimento nel proprio ambiente ma anche di rilassarsi e ritrovare la serenità emotiva.

La stimolazione basale è possibile solo per intervento esterno di un operatore che compensa la mancanza di iniziative personali e i movimenti autonomi di interazione con



Dietro ad ogni forma di disabilità c'è sempre una persona...

Andreas Fröhlich

l’ambiente. Nel silenzio, con approccio empatico e per mezzo del tocco terapeutico è possibile ricreare esperienze sensoriali semplici, chiare e strutturate avvalendosi di ausili che sono sempre più ricercati e conformati e servono per posizionamenti e stimolazioni di ogni tipo (cuscini basali per i posizionamenti, pasta da modellare, oggetti stimolatori, palloni morbidi, posate e stoviglie ergonomiche...) ma anche oggetti di comune uso purché siano pesanti (x es. cucchiaino, rosario, sassi), freddi (oggetti di metallo), a misura di mano (palline) e sonori (campanelli).

L’approccio basale consente quindi di passare da una condizione di “nebbia sensoriale” confusa e dissociante, ad uno stato di percezione dei propri confini e di se stessi per poter poi sperimentare o ritrovare sensazioni piacevoli e compensatorie attraverso l’interazione con l’ambiente circostante.

Essere in grado di dare il giusto allineamento corporeo e/o il proprio fianco innato preferito (già dall’epoca fetale) da consapevolezza, sicurezza e un sonno migliore. Sapere che esiste una posizione a “nicchia” o a “nido” che richiama l’utero e poi le braccia materne, dove ritro-

vare accettazione innata, non solleva nessuno dalla condizione di essere gravemente compromessi, ma certo in un paziente morente o in un anziano con demenza grave darà la possibilità di avvertire una sensazione benevola, piacevole e sicura dove regolarizzare il respiro e lasciarsi andare nell’ascolto del proprio corpo, tempio della vita.

Nel mondo dei “gravissimi” saper posizionare con consapevolezza una persona e vedere che da lì a pochissimo si addormenterà beatamente dopo tante ore insonni, o saper individuare una posizione antalgica o una predisponente all’attivazione

sensoriale, costituisce una grande conquista perché significa che si sarà instaurato il ponte comunicativo desiderato ed efficace in grado di generare una risposta positiva in una persona che non può comunicare verbalmente.

Ma altrettanto stimolante sarà vedere come un paziente, apparentemente inerme, sarà in grado di sorridere, divertirsi, stimolarsi da solo con il contatto di oggetti, consistenze e materiali diversi o anche alimentarsi meglio, per esempio, se pur imboccato. Certo è che la biografia per il successo della stimolazione basale è fondamentale: sapere i “gusti” personali, le “passioni”, le “abitudini”, i “profumi” possono davvero fare la differenza nella buona riuscita di un posizionamento, di un massaggio, di una stimolazione sensoriale.

Prendersi cura significa pianificare e poi attuare procedure che siano consapevoli, competenti e personalizzate alla persona: questo implica saper individuare cosa sia potenzialmente gradevole o sgradevole e cosa sia prioritario per la persona, senza escludere le esigenze emozionali.

La *Stimolazione Basale di Fröhlich* comprende consigli di approccio che vanno dalle tecniche di igiene corporea, ai posizionamenti a letto o in carrozzina, alla mobilitazione, alle tecniche per favorire l’alimentazione fino alla stimolazione ambientale e coinvolge quindi il soddisfacimento di tutti i bisogni assistenziali della persona sempre nella filosofia secondo cui “siamo il prodotto di come siamo trattati e toccati” e abbiamo il dovere di avere Con-Tatto Terapeutico e profondo Rispetto.

Cenni Biografici: “la Stimolazione Basale” di Andreas Fröhlich

* Infermiera Centro Sanitario Valposchiavo Reparto Lungodegenza - Corso Base e Avanzato in Stimolazione Basale secondo il metodo di Andreas Fröhlich, Lugano

Sorridi donna

*Sorridi donna,
sorridi ostinatamente.
Sorridi tu che sei madre,
sorridi tu che ogni giorno
accogli tuo figlio
con ogni sua gioia e ogni sua pena
sorridi...
Sorridi tu che sei moglie, tu che sei amante
Sorridi perché sei forte più di quanto tu creda.
Sorridi tu che trovi il coraggio di ricominciare.
Sorridi perché pur minuta che tu sia
le tue spalle sono larghe,
sopportano pesi a volte enormi...
Sorridi tu che sei figlia, sorella
sorridi sempre
e quando la tristezza ti assale
trasforma il tuo pianto in lacrime di gioia
sorridi...
Sorridi anche quando hai voglia di gridare...
Sorridi... perché se crolli tu...
crolla anche il mondo che ti circonda...
Sorridi perché sembra che solo tu poi farcela
... forse è proprio così perché sei nata DONNA.*

Ele



LE LINEE DI AZIONE DELLA FEDERAZIONE SUL FENOMENO DEMANSIONAMENTO

Il Comitato Centrale FNOPI

01/09/2018 - Primo posizionamento della Federazione nazionale infermieri sul demansionamento. La FNOPI si impegna a considerare il demansionamento come un tema costante nella sua agenda di confronto, analisi e proposte su più livelli anche per individuare forme concrete di intervento. L'argomento sarà inserito negli Osservatori, gruppi di lavoro e Cabina di regia, perché ognuno contribuisca ad analizzare il fenomeno, per proseguire presso gli OPI e attraverso loro negli Atenei e Aziende.



L'attuale quadro normativo della Professione è assolutamente chiaro nel descrivere il profilo di responsabilità richiesto all'infermiere. È tuttavia evidente che nella prassi quotidiana non sempre il professionista risponde al suo mandato prioritario o è messo in condizioni di farlo, ovvero essere il responsabile dell'assistenza infermieristica. Tale responsabilità si esplica non solo attraverso la pianificazione dei percorsi degli assistiti, non solo nel definire interventi ed esiti a fronte di un problema, ma anche nel processo di attribuzione al personale di supporto.

L'utilizzo improprio di figure professionali, sia del tempo/lavoro di questi, sia delle competenze specifiche del professionista, si profila spesso come un effettivo demansionamento, che merita tutto l'interesse della comunità professionale per capire, con una analisi coraggiosa e intellettualmente onesta, come e dove intervenire.

Cosa è definibile demansionante?

Il fenomeno del demansionamento deve essere chiaramente identificato.

È necessario fare chiarezza e nel contempo mettere in evidenza la distorsione che si opera quando l'attenzione è centrata sulla prestazione, anziché sulla certificazione di un problema e sulla responsabilità degli esiti, che rendono quell'inter-

vento di pertinenza di un professionista specifico.

In questo senso è utile fare una distinzione:

Il Demansionamento legato ad atti che non comprendono la persona. Ogni volta che noi infermieri andiamo a compiere atti che non comprendono direttamente l'assistenza alla persona quando potrebbero essere eseguiti da altre figure e quando ci distolgono in quota prevalente dall'assistenza diretta, possiamo parlare di atti demansionanti.

Quando invece analizziamo l'atto che coinvolge la persona cosa è definibile semplice o complesso? Attinente o no alla professione? Non può essere un ragionamento sull'atto ma un ragionamento sulla persona e ciò di cui ha bisogno. Se pensiamo alle prestazioni dell'assistenza di base, ovvero tipiche dell'accudimento della persona, queste devono essere normalmente attribuite al personale di supporto, ma solo dopo valutazione infermieristica, rientrando comunque nel processo di assistenza governato dall'infermiere. Se queste prestazioni devono essere svolte dall'infermiere, potremmo parlare di demansionamento, a meno che le condizioni o i problemi complessivi di un certo paziente non richiedano competenze superiori anche per queste prestazioni dell'assistenza di base (es. pulizia del cavo orale in soggetto politraumatizzato). Non è quindi corretto ridursi ad una serie di prescrizioni positive o negative generali, ma dobbiamo essere in grado di analizzare ogni

singolo caso su cui manteniamo la responsabilità assistenziale, non chiedendo all'organizzazione di "evitare" l'atto che noi riteniamo demansionante in quanto tale, ma chiedere di poter esprimere la nostra professionalità (in termini di strumenti, modelli e risorse umane) che andrà a definire dopo una nostra valutazione se quell'atto:

- serve davvero
- è opportuno che sia fatto da noi
- è attribuibile.

Il Professionista non si identifica nell'atto ma nella certificazione di un problema e nella certificazione degli esiti che rendono quell'atto esigibile dal professionista stesso.

L'organizzazione del lavoro

Il demansionamento è un fenomeno da analizzare internamente alle singole organizzazioni data l'enorme varianza di modelli organizzativi, gestionali e assistenziali, che esistono in ogni singola Azienda. Più che un livello centrale devono essere gli OPI Provinciali o le OOSS locali, ad intervenire nelle tutele professionali e sindacali. Su questo ambito la FNOPI si impegna ad inserire la tematica nell'Osservatorio "Lavoro e occupazione"

Devono quindi necessariamente essere considerati come campanelli d'allarme da non ignorare e su cui intervenire: le Strutture a bassa intensità sprovviste di personale di supporto; i setting in cui si producono piani di lavoro rigidi e troppo specifici su attività professionali; i

modelli funzionali e per compiti; le sostituzioni di personale tra qualifiche e ruoli diversi per soddisfare criteri quantitativi di presenza e non qualitativi, in quanto manca una chiara definizione dello skill mix individuata a fronte di altrettanto chiari obiettivi professionali.

Su questo la Federazione lancia un chiaro appello e monito a tutti i colleghi che hanno la responsabilità di intercettare ed arginare il fenomeno. **È infine opportuno che si inizi una riflessione sull'opportunità di allontanarsi come professionisti da determinati setting dove l'assistenza infermieristica potrebbe essere non necessaria e quindi, automaticamente, diventare "altro". Anche in questo caso, quindi, la vera strategia è iniziare un percorso di condivisione con la nostra linea dirigente, ma anche culturale con tutta il sistema salute per un paradigma socio sanitario che inizia a spostare seriamente e fattivamente il focus assistenziale dall'ospedale al territorio e a modelli a bassa intensità a gestione infermieristica.**

Il Problema Culturale

Il fenomeno del demansionamento non può essere comunque semplificato con una serie di prescrizioni generali ed è molto legato ad una questione culturale e di identità disciplinare. Noi infermieri dovremmo portare come prima motivazione alla contestazione di attività definibili demansionanti il doveroso rispetto delle norme, adducendo

come prioritario il distoglimento dal governo del processo di infermieristico. Se come detto i nostri colleghi Dirigenti e Coordinatori posseggono la leva strategica per impattare sul fenomeno attraverso l'impianto di modelli organizzativi idonei, questi devono però trovare un terreno fertile di accoglimento tra i colleghi clinici, trovando percorsi di condivisione e di sostegno reciproco per nuovi modelli valorizzanti la professione e rispondenti ai bisogni dei nostri assistiti.

La formazione universitaria

Il fenomeno deve essere inquadrato partendo anche dalla formazione dell'infermiere e dai modelli di tirocinio utilizzati, soprattutto nel primo anno, spesso ancora orientati ad un percorso meramente tecnico-esperienziale. Chi ha responsabilità di direzione formativa deve investire sulla presenza di tutor clinici competenti, che orientino da subito lo studente a sviluppare abilità pianificatorie, competenze relazionali, capacità valutative, discernimento clinico-assistenziale. I programmi dei singoli Corsi di Laurea devono far sì che il demansionamento, in altre parole, venga eliminato al suo nascere.

Anche questo aspetto necessita di un percorso di consapevolezza e di cambiamento culturale con tutta la nostra famiglia professionale. La FNOPI si impegna ad inserire la tematica nell'osservatorio "Formazione e Ricerca".

Il nostro percorso

Il percorso che la FNOPI intende avviare passa quindi, per prima cosa, attraverso l'interlocuzione negli Osservatori, Gruppi di lavoro e Cabina di regia, perché ognuno contribuisca ad analizzare per il proprio livello di ruolo e responsabilità il fenomeno, per proseguire presso gli OPI e attraverso loro negli Atenei e nelle Aziende.

Il primo passo deve essere altresì quello di sdoganare il demansionamento come una problematica che appartiene solo ad alcune correnti di pensiero e che negli anni è diventato un elemento di contrapposizione interno alla professione. Il fenomeno appartiene a tutti noi, va affrontato tutti insieme a partire da un movimento di libero confronto e dibattito culturale, non banalizzandolo ma studiandolo nella complessità che lo caratterizza.

Per questo la FNOPI si impegna a considerare il demansionamento come un tema costante nella sua agenda di confronto, analisi e proposte su più livelli anche per individuare forme concrete di intervento.

Skill mix change e revisione dei criteri di determinazione degli organici

Studio e analisi SDA Bocconi e OPI Regione Lombardia

*Roberta Montanelli, Elisabetta Trincherò

I numeri a nostra disposizione ci fanno pensare in prima battuta che in questi ultimi anni si sia assistito ad un taglio orizzontale delle risorse sia mediche che infermieristiche afferenti alle diverse aziende sanitarie del SSR Lombardo, ma i dati a nostra disposizione non ci dicono se sia stata utilizzata anche la leva del cambiamento dello skill mix, né se sia eventualmente una opzione perseguibile nel prossimo futuro.

A fronte di questa situazione, SDA Bocconi intende supportare gli OPI della Regione Lombardia nella costruzione di un piano di azione che permetta di dare risposta e monitorare nel tempo i seguenti aspetti:

- la demografia e la geografia dei dipendenti del sistema sanitario regionale per le diverse ASST;
- le politiche delle aziende sanitarie per rispondere allo shortage di personale;
- il perimetro delle azioni da intraprendere al fine di identificare le attività trasferibili tra i diversi profili professionali (medici, infermieri, OSS, OTA) e il piano di trasferimento.

Il rapporto I/M è destinato ad aumentare. Demografia e cronicità aumentano opportunità e bisogni legati all'assistenza. La standardizzazione del sapere e la crescita professionale degli infermieri permette un allargamento del loro perimetro di azione alleggerendo il lavoro medico.

Skill mix change: definizione

Cambiare lo skill mix rappresenta la sostituzione di una professione con un'altra nello svolgimento di un'attività (cosiddetto shift), non l'arricchimento delle mansioni nei "confini" del sapere professionale (cosiddetto upgrading) (Buchan & Dal Poz 2002; Buchan & O'May 2000).

A livello internazionale, tipicamente si assiste a due tipologie di modifica del mix di attività (Delamaire & Lafortune 2010):

- da un lato, alla sostituzione di compiti, caso in cui alcuni compiti precedentemente svolti dai medici vengono trasferiti al personale infermieristico con l'obiettivo principale di ridurre il carico di lavoro per i medici, riducendo al contempo i costi;
- dall'altro, all'assegnazione di un supplemento di compiti, caso in cui la responsabilità di erogazione di nuovi servizi non precedentemente forniti viene assegnata al personale infermieristico (ad esempio in nuovi programmi di gestione della cronicità nel territorio o di promozione della qualità delle cure in ospedale). Queste nuove attività non sono



tradizionalmente erogate dai medici. Gli obiettivi principali sono i miglioramenti del servizio attraverso una migliore continuità o qualità dell'assistenza erogata, mentre l'obiettivo della riduzione dei costi è secondario.

Impatto della trasformazione del sistema di erogazione dei servizi e degli assetti organizzativi sulle professioni

Cambiamento nella dimensione quantitativa del rapporto tra professioni:

- Necessarie modificazioni nella composizione della forza lavoro (skill mix) tra infermieri e medici
- Progressiva professionalizzazione degli infermieri che consente in molti ambiti la sostituzione del lavoro medico, più costoso e caratterizzato da percorsi formativi più lunghi, con il lavoro infermieristico

Lo skill mix: un tema centrale

Come produrre/accompagnare il cambiamento nella composizione della forza lavoro, come realizzare un modello a minore intensità medica

- i vincoli di sistema sulle quantità
- la diversa fungibilità tra componente medica e infermieristica
- obbligo esterno vs politiche aziendali

Temi critici per la componente medica

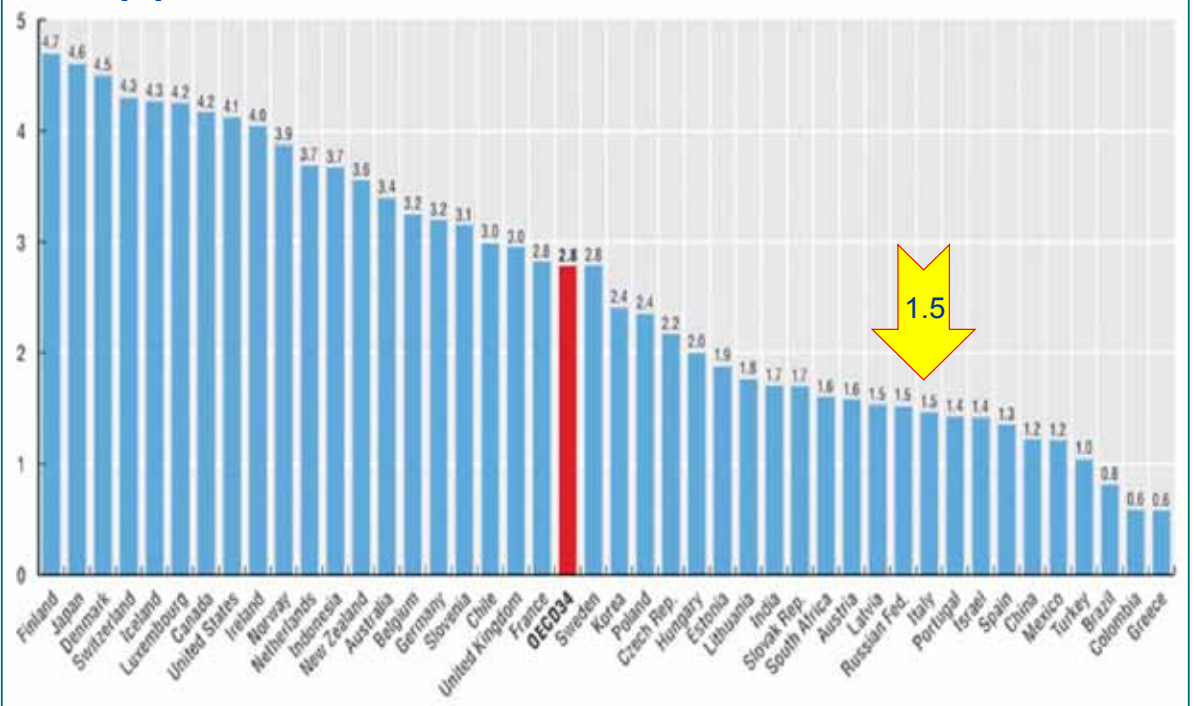
- nuovi equilibri tra generalisti e specialisti
- ridefinizione dei confini tra le specialità
- differenziazione crescente nella professione

Temi critici per la componente infermieristica

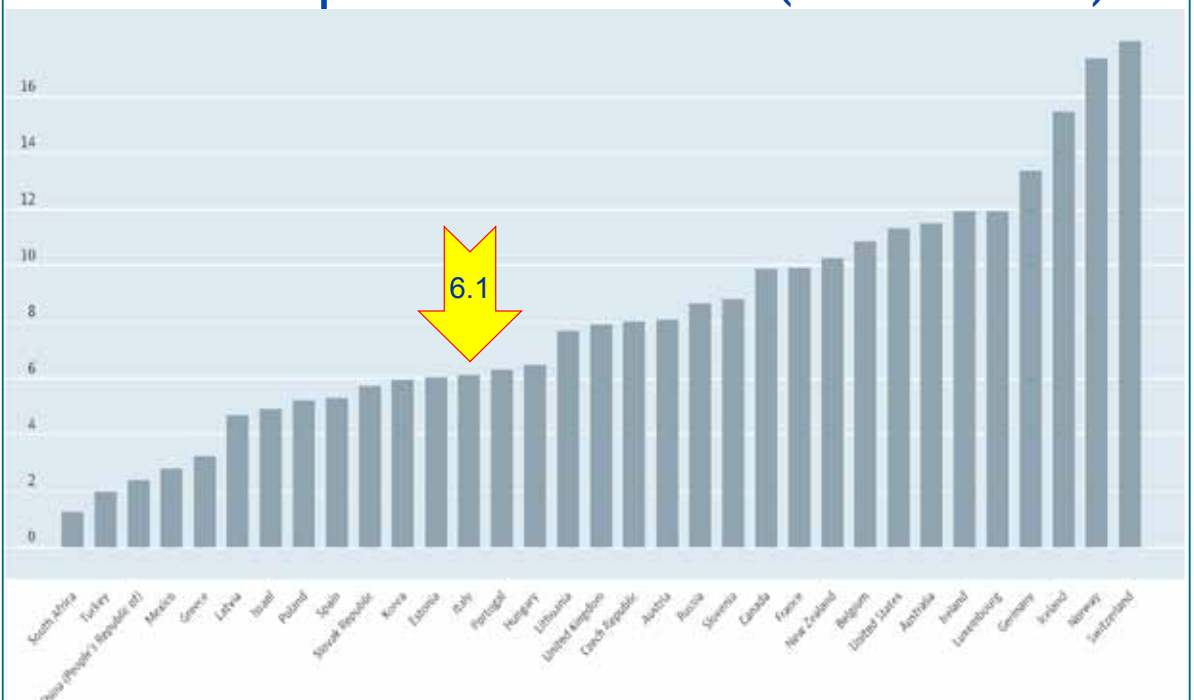
- saturazione del perimetro
- enfaticizzazione della componente professionale
- ridefinizione dei sistemi di ricompensa e di carriera

* Professori SDA Bocconi Milano.

La questione infermieristica: i numeri Rapporto infermieri/medici (OECD 2015)



La questione infermieristica: i numeri Infermieri per 1000 abitanti (OECD 2015)



La questione infermieristica: i numeri Medici per 1000 abitanti (OECD 2015)



CARENZA INFERMIERI ALLARMANTE: i numeri regione per regione

Ricerca presentata dalla Federazione Nazionale delle Professioni Infermieristiche (FNOPI)

Gli infermieri impiegati nel Ssn sono carenti in tutta Italia e a dimostrarlo non è solo il rapporto infermieri-medici, ma anche l'analisi sui dati della Rilevazione forza lavoro dell'ISTAT. Così la Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (Fnoipi) ha chiesto un incontro urgente con il ministro della Salute Giulia Grillo e con le Regioni, impegnati finora sul versante della carenza di medici e intanto rende noti i dati sulla carenza di infermieri Regione per Regione. Anche perché il sistema sanitario non è fatto di soli medici. Infermieri, quanti ne mancano in Italia Regione per Regione

Gli infermieri impiegati nel Ssn sono carenti in tutta Italia, dove il rapporto con i medici invece di essere di uno a tre come indicato a livello internazionale, crolla a volte fino a sfiorare la parità (1:1), non garantendo un adeguato impegno assistenziale: in questo senso ne mancano oltre 53mila.

Anche l'Oms nel documento sull'Italia predisposto per la sua 68esima Assemblea generale in svolgimento in questi giorni a Roma sottolinea che percentualmente ci sono molti medici (rispetto al numero di abitanti), ma pochi infermieri (rispetto al numero di medici). Così in un comunicato la Fnoipi, che evidenzia come in Italia il rapporto medici infermieri sia costante nel tempo, ma perché segue le

carenze progressive delle due professioni. Il rapporto infermieri medici in ospedale è passato ad esempio da 2,48 del 2010 a 2,52 del 2016.

E a dimostrarlo non è solo il rapporto infermieri-medici, ma anche l'analisi sui dati della Rilevazione forza lavoro dell'ISTAT. Circa il 40% degli infermieri occupati nel Ssn - continua il comunicato della Fnoipi - svolge straordinario. Si tratta quindi su circa 270mila dipendenti di 108mila unità di personale. Di questo straordinario circa il 4,5-5% è in eccesso rispetto ai normali parametri, il che significa che su 180mila unità di personale, per ridurre di questa percentuale lo straordinario, sarebbero necessarie 49.000 - 54.000 unità aggiuntive di personale, in linea quindi con il personale mancante in base al rapporto infermieri-medici.

Le uniche Regioni che hanno raggiunto la media del rapporto 1:3 tra medici e infermieri - secondo l'analisi condotta dal Centro studi della Federazione nazionale degli Ordini degli infermieri (FNOPI) sui dati del Conto annuale 2016 del ministero dell'Economia - sono:

- Emilia Romagna
- Friuli Venezia Giulia
- Veneto
- Molise e Bolzano (queste ultime due hanno una sola azienda sanitaria).

La carenza di infermieri per Regioni in base al rapporto con il numero di medici (standard 1:3)*

Regioni/Aziende	Medici	Infermieri	Rapporpto medici/ infermieri	Infermieri mancanti rispetto al rapporto 1:3 con i medici
Abruzzo	2.706	6.049	2,2	2.069
Calabria	3.762	7.262	1,9	4.024
Campania	9.156	18.531	2,0	8.937
Emilia-Romagna	7.987	24.228	3,0	
Friuli Venezia Giulia	2.545	7.878	3,1	
Lazio	7.704	20.099	2,6	3.013
Liguria	3.652	9.910	2,7	1.046
Lombardia	14.263	38.065	2,7	4.724
Marche	2.961	8.267	2,8	616
Piemonte	8.394	21.387	2,5	3.795
Provincia autonoma Bolzano	949	3.178	3,3	
Provincia autonoma Trento	1.036	2.855	2,8	253
Puglia	6.380	15.209	2,4	3.931
Sardegna	4.470	8.870	2,0	4.540
Sicilia	9.073	17.464	1,9	9.755
Toscana	8.057	21.216	2,6	2.955
Umbria	1.968	4.591	2,3	1.313
Valle d'Aosta	328	718	2,2	266
Veneto	8.044	24.519	3,0	
Media nazionale	105.056	264.604	2,5	51.237

*Fonte: elaborazione Centro studi FNOPI su dati Conto annuale - ragionarie dello Stato - Ministero dell'Economia

La questione infermieristica: i numeri Andamento infermieri dipendenti SSN

INFERMIERI	2010	2011	2012	2013	2014	2015
MARCHE	100	107	106	105	105	105
PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	100	100	102	102	103	104
ABRUZZO	100	103	102	102	102	101
VALLE D'AOSTA	100	99	97	108	105	101
BASILICATA	100	100	99	100	100	100
PIEMONTE	100	89	102	101	100	100
PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	100	102	105	101	100	100
SICILIA	100	102	105	102	101	99
TOSCANA	100	100	99	99	99	99
LOMBARDIA	100	100	99	99	99	98
FRIULI VENEZIA GIULIA	100	99	99	102	101	97
PUGLIA	100	99	97	98	98	96
ITALIA	100	100	99	98	97	96
CALABRIA	100	104	100	97	96	95
LAZIO	100	98	96	95	94	92
SARDEGNA	100	103	103	103	105	92
CAMPANIA	100	99	95	94	92	90
MOLISE	100	98	96	95	93	90
LIGURIA	100	113	112	112	111	82
VENETO	100	100	90	83	82	82
EMILIA ROMAGNA	100	97	95	95	72	71

La questione infermieristica: i numeri Andamento medici dipendenti SSN

MEDICI	2010	2011	2012	2013	2014	2015
EMILIA ROMAGNA	100	97	95	96	72	70
VENETO	100	100	90	81	80	80
MOLISE	100	94	92	90	88	81
LIGURIA	100	111	109	109	108	83
LAZIO	100	96	94	91	89	86
CAMPANIA	100	97	94	92	90	88
CALABRIA	100	103	98	95	92	90
PUGLIA	100	94	92	91	92	91
SICILIA	100	99	103	100	98	95
ITALIA	100	98	98	97	96	95
LOMBARDIA	100	99	99	99	98	97
SARDEGNA	100	102	104	106	107	97
PIEMONTE	100	91	101	100	99	98
FRIULI VENEZIA GIULIA	100	101	101	102	99	99
TOSCANA	100	99	99	99	100	99
BASILICATA	100	105	102	103	103	101
PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	100	99	103	104	102	101
MARCHE	100	106	105	103	102	102
PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	100	100	100	102	102	104
ABRUZZO	100	101	106	106	108	109
VALLE D'AOSTA	100	104	109	110	114	109

Il resto d'Italia presenta carenze regionali per raggiungere il rapporto ottimale di cura tra medici e infermieri che vanno dai 9.755 infermieri in meno della Sicilia ai 616 infermieri in meno nelle Marche.

A preoccupare, poi, c'è il risvolto di tutto questo in termini di **aumento di rischi per i pazienti e per gli stessi operatori**: ogni infermiere dovrebbe assistere al massimo 6 pazienti per ridurre del 20% la mortalità, ma attualmente ne assiste in media 11 e nelle Regioni dove la carenza è maggiore si arriva anche a 17.

Le soluzioni messe in campo quotidianamente sono toppe che risultano peggio dei buchi e non dovrebbero essere considerate lecite - scrive la Fnoipi - come quella di non assumere personale, ma di utilizzare, per risparmiare, quello messo a disposizione da cooperative o col lavoro interinale, cosa che non aiuta né la professionalità del singolo, stressato e sottopagato né il professionista numericamente insufficiente a erogare un'assistenza

di qualità né un'assistenza specializzata che i professionisti potrebbero erogare ma che le organizzazioni con scarso organico non riescono a riconoscere e valorizzare adeguatamente.



La questione infermieristica: i numeri Andamento infermieri/medici dipendenti SSN

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
PROVINCIA BOLZANO	3,45	3,45	3,51	3,44	3,46	3,46
VENETO	3,02	3,03	3,03	3,10	3,09	3,08
EMILIA ROMAGNA	2,92	2,91	2,90	2,91	2,91	2,97
PROVINCIA TRENTO	2,97	3,08	3,03	2,90	2,92	2,95
UMBRIA	2,39	2,49	2,49	2,42	2,71	2,86
FRIULI VENEZIA GIULIA	2,91	2,85	2,84	2,92	2,94	2,85
MOLISE	2,55	2,66	2,65	2,69	2,70	2,85
MARCHE	2,70	2,71	2,73	2,75	2,76	2,80
LIGURIA	2,78	2,85	2,86	2,87	2,85	2,73
LOMBARDIA	2,71	2,72	2,72	2,73	2,74	2,73
TOSCANA	2,62	2,65	2,63	2,62	2,59	2,62
LAZIO	2,42	2,46	2,48	2,53	2,55	2,59
PIEMONTE	2,52	2,48	2,53	2,54	2,54	2,57
ITALIA	2,48	2,50	2,50	2,51	2,51	2,53
PUGLIA	2,32	2,46	2,44	2,49	2,46	2,45
BASILICATA	2,47	2,35	2,38	2,41	2,39	2,45
ABRUZZO	2,43	2,46	2,34	2,34	2,29	2,23
CAMPANIA	1,98	2,02	2,01	2,01	2,02	2,02
CALABRIA	1,89	1,91	1,92	1,94	1,97	1,99
SARDEGNA	2,09	2,11	2,08	2,04	2,04	1,99
VALLE D'AOSTA	2,12	2,02	1,90	2,07	1,96	1,97
SICILIA	1,80	1,84	1,84	1,83	1,86	1,89

IL DIABETE A SCUOLA

di Antonio Cabras, presidente FDG e Barbara Mangiacavalli, presidente Fnopi

Premessa

La presente proposta nasce dall'intento congiunto della Federazione Diabete Giovanile, di seguito FDG e della Federazione Nazionale Infermieri, di seguito FNOPI, di qualificare e garantire appropriatezza clinico-assistenziale ai percorsi di vita quotidiana dei giovani con diabete. È infatti ormai patrimonio consolidato dei diversi sistemi socio-sanitari, la consapevolezza che lo stato di salute della popolazione giovanile inciderà, in senso positivo o negativo, su quella che sarà la salute della popolazione adulta futura.

Il documento

Il mondo della cronicità in età pediatrica è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse nella continuità assistenziale e una forte integrazione tra i servizi sanitari e quelli sociali.

In Italia sono 3 milioni i bambini affetti da patologie croniche, oltre 20.000 affetti da diabete di tipo I e molti di questi in età scolare.

Nell'anno scolastico 2012-2013, è stata condotta dall'Istituto Nazionale di statistica in collaborazione con il Ministero dell'istruzione università e ricerca un'indagine sulla somministrazione dei farmaci nelle scuole primarie e secondarie di 1° grado, statali e non statali con l'obiettivo di rilevare le iniziative intraprese dalla scuola per la somministrazione di farmaci ad alunni affetti da patologie croniche.

Dall'indagine alla quale ha aderito l'82% delle scuole emergono dei dati preoccupanti: la somministrazione dei farmaci avviene da parte dei genitori per il 13,87%, dal personale scolastico per il 54,27%, dall'ASL per il 5,80%, da altro personale per il 1,98%, da nessuno per il 0,61%, non è stato censito il 24,00%.

Nel 90,22% degli istituti scolastici non è presente un protocollo per la somministrazione dei farmaci.

Nel panorama normativo nazionale manca attualmente riconoscimento adeguato del fenomeno delle patologie croniche che interessano i bambini e gli adolescenti.

È purtroppo facile rilevare pertanto, da parte delle associazioni dei pazienti e degli ordini professionali che si battono per la loro tutela, che questi bambini e adolescenti non vivono l'esperienza scolastica, sportiva, relazionale e sociale al pari dei loro coetanei.

Le abitudini di vita di queste persone sono seriamente condizionate dalle loro malattie e ancor più spesso risulta condizionata la vita dei loro familiari.

Indubbiamente la lacuna normativa contrasta con i principi generali dell'ordinamento costituzionale e con i più importanti trattati internazionali in materia di diritti fondamentali dell'individuo e del fanciullo.

È quasi superfluo ricordare che, ai

sensi dell'art. 32, comma 1, della Costituzione Italiana "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti", mentre, ai sensi dell'art. 34, comma 1, "La scuola è aperta a tutti".

Partendo dal combinato disposto di queste due previsioni costituzionali è possibile affermare che, non riconoscendo il diritto a cure in ambito scolastico, per gli alunni affetti da patologie croniche la scuola non è "aperta" nel senso pieno del termine. La scuola può dirsi aperta non tanto quando semplicemente ne è libero l'accesso, ma solo quando in essa è altresì libera la permanenza senza che l'alunno e la sua famiglia si trovino ad affrontare situazioni che rendano eccessivamente gravosa la frequenza. Situazioni quali, appunto, malattie croniche che necessitano di assistenza sanitaria quotidiana, periodica e costante.

La normativa internazionale, del pari, riconosce pienamente questi diritti al fanciullo. La Convenzione ONU sui Diritti del Fanciullo del 20 novembre 1989, a cui l'Italia ha dato esecuzione con l. 27 maggio 1991, n. 176, all'art. 24 riconosce espressamente al minore "il diritto alla salute e alla possibilità di beneficiare del servizio sanitario" attraverso i suoi Operatori.

Nella legislazione italiana diversi e numerosi sono i riferimenti al diritto alla salute dei cittadini anche attraverso la creazione di reti con altri organi istituzionali e le associazioni di volontariato.

Il quadro normativo attuale prevede che in attuazione dell'art. 117, terzo comma, Costituzione Italiana, che stabilisce la potestà legislativa concorrente di Stato e Regioni in merito alla tutela della salute e dell'istruzione (lo Stato detta le norme di principio fondamentali, le Regioni stabiliscono gli interventi diretti a garantire l'assistenza sanitaria nelle scuole di ogni ordine e grado), il Sistema sanitario nazionale è, in effetti, oggi ispirato ai canoni del decentramento delle competenze. Tali previsioni sono state rafforzate dalla normativa successiva, a cominciare dall'art. 1 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, il quale ribadisce che il diritto fondamentale dell'individuo alla tutela della salute viene garantito dal Servizio Sanitario Nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali.

L'art. 1 della l. 23 dicembre 1978, n. 833, ha affermato che "l'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle Regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini". Ha stabilito inoltre il cosiddetto principio di sussidiarietà, anche orizzontale, assicurando "il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque

incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività", nonché la possibilità per le associazioni di volontariato di "concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla legge".

Tra le finalità del Servizio Sanitario Nazionale vi è indicata quella per cui esso persegue "la promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola dell'infanzia, e favorendo con ogni mezzo l'integrazione degli alunni", mediante anche "la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità".



incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività", nonché la possibilità per le associazioni di volontariato di "concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla legge".

Tra le finalità del Servizio Sanitario Nazionale vi è indicata quella per cui esso persegue "la promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola dell'infanzia, e favorendo con ogni mezzo l'integrazione degli alunni", mediante anche "la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità".

Il Servizio Sanitario Nazionale ha intrapreso la strada di affidare ai percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali.

A livello regionale, ad oggi le aziende sanitarie locali vengono sempre più spesso a relazionarsi con i Comuni, con le realtà del volontariato, con le cooperative private, per creare, nel quadro di una programmazione locale associata, una rete di servizi di assistenza alla persona che spaziano dall'assistenza sociale agli interventi sanitari e socio-sanitari. Cosicché esistono già nel territorio regionale reti di servizi dotate delle risorse umane e materiali necessarie per fare fronte anche all'esigenza in questa sede prospettata.

La scuola, lungi dal dover essere luogo di cura e di assistenza sanitaria, deve però essere supportata dalle strutture del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali affinché sia garantito a tutti gli studenti con patologie croniche il diritto all'istruzione attraverso un livello di assistenza sanitaria adeguato.

Come risulta dagli Atti Parlamentari (Senato della Repubblica, seduta 698, 12 ottobre 2016), "sono ormai sempre più frequenti i casi di genitori di minori affetti da patologia diabetica, che pur di garantire la necessaria assistenza durante l'orario scolastico, sono costretti a prendere lunghi periodi di aspetta-

tiva o, in determinati casi, a rinunciare al proprio impiego".

È pertanto il momento di un adeguamento normativo. Con questo documento, nella consapevolezza che il fenomeno è complesso ed articolato, FNOPI E FDG propongono un primo quadro nazionale di interventi diretti al pieno riconoscimento del diritto all'assistenza sanitaria in ambito scolastico per i minori con diabete di tipo I.

Il documento dovrà costituire la cornice per un riassetto della normativa nazionale soprattutto riguardo alle competenze delle Regioni in ordine al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. assicurare in ambiente scolastico l'assistenza socio-sanitaria necessaria ai soggetti affetti da patologie croniche, con particolare riferimento al diabete di tipo I, che necessitano di cure quotidiane continue quali la somministrazione di insulina, periodiche e/o tempestivamente attuate in attesa dell'intervento del personale del 112, non auto-somministrabili dal paziente stesso in ambito scolastico ma piuttosto gestibili con adeguata organizzazione e formazione professionale;
2. promuovere l'informazione e la sensibilizzazione con l'adozione di misure volte a sollecitare la conoscenza e la comprensione della situazione di malattia da parte di tutto il personale scolastico e degli studenti verso le patologie croniche;

Per assicurare il raggiungimento di tali obiettivi è necessario garantire a tutti ai bambini ed adolescenti che risultino affetti da patologie croniche e non in grado di gestirle autonomamente, il diritto ad usufruire, nelle forme e nei termini previsti dalla normativa regionale, dell'assistenza socio-sanitaria di cui necessitano nell'ambiente scolastico durante l'orario di lezione, godendo di un servizio assimilabile all'assistenza domiciliare;

- a) allestire locali scolastici idonei all'uso, valutati dalle strutture sanitarie competenti al fine di assicurare la giusta assistenza nel rispetto della dignità e delle necessità del bambino;
- b) inserire nel calendario delle attività scolastiche eventi formativi specifici a garantire conoscenza e consapevolezza sulla gestione delle patologie croniche ade-

guandone i contenuti in base alle caratteristiche dei destinatari.

Come evidenziato nella citata seduta del Senato n.698 dell'ottobre 2016 è necessario "fornire agli istituti scolastici nazionali i mezzi necessari al fine di svolgere al meglio il loro ruolo nei confronti dello studente diabetico, sia sotto il profilo della crescita psicologica sia sotto quello dell'assistenza e della vigilanza attraverso i team specialistici e la medicina territoriale, che garantiscano la loro disponibilità per incontri di formazione con i dirigenti e gli insegnanti o altro personale scolastico".

Uno dei punti cardine di questo documento è sicuramente il principio della de-medicalizzazione, che prevede una valorizzazione di tutte le figure professionali, in primo luogo quelle infermieristiche, coinvolte nella gestione della malattia sul territorio e necessarie per dare risposta adeguata alla multidimensionalità della patologia diabetica e che, attraverso adeguati processi formativi, gestiranno follow-up autonomi in seno a piani di cura definiti dallo specialista con il coinvolgimento attivo del bambino, della famiglia e del pediatra di libera scelta.

L'infermiere adeguatamente formato, che si prende cura del bambino nel momento della somministrazione dell'insulina a scuola, assume un ruolo educativo di fondamentale importanza nel percorso di crescita che accompagnerà il bambino verso l'autonomia e l'autogestione. L'infermiere rappresenta il punto di riferimento e il collegamento tra le varie istituzioni (scuola, centro di diabetologia, Ast, associazioni) e la famiglia.

L'infermiere, preferibilmente pediatrico o generalista con esperienza in ambito pediatrico, garantisce la sua presenza a scuola per il tempo necessario per effettuare la misurazione della glicemia, la somministrazione dell'insulina e l'assunzione del pasto, attivando qualora necessario interventi in regime di urgenza/emergenza.

Per quanto riguarda la somministrazione dell'insulina l'infermiere si attiene al piano terapeutico individuale predisposto dal medico specialista, inserito nella documentazione sanitaria personale, costantemente aggiornata dai genitori per quanto riguarda le variazioni estemporanee.

Inoltre:

L'infermiere mantiene i contatti con il Centro diabetologico di riferimento anche per quanto riguarda aggiornamenti legati alle novità in campo terapeutico/tecnologico (microinfusori, sensori glicemici). Il Centro diabetologico collabora con i servizi territoriali competenti dell'asl.

L'istituto scolastico garantisce la possibilità di conservare correttamente il glucagone e tutti dispositivi necessari secondo le modalità indicate dall'asl di riferimento.

La prevenzione e la gestione delle complicanze CVP correlate

a cura di: Serena Ferrari* - Michele Gaggini** - Gabriele Tam***

INTRODUZIONE

La gestione del catetere venoso periferico (CVP) è all'ordine del giorno per la maggior parte degli Infermieri che prestano servizio all'interno delle strutture ospedaliere e non.

Per la stesura di questo articolo gli autori hanno scelto di non seguire la metodica rigorosa dell'articolo scientifico (IMRaD), ma di fornire una serie di indicazioni facilmente applicabili (supportate dalle più recenti prove di efficacia) a tutti i professionisti.

L'articolo è stato strutturato in due parti: una inerente agli interventi di tipo preventivo e una alla gestione delle complicanze. Per quanto riguarda la prevenzione, gli interventi si dividono tra quelli che precedono l'inserimento del *device* e quelli inerenti alla gestione dello stesso. In merito alle complicanze derivate dalla presenza del CVP, viene fornita una definizione delle stesse seguita da una serie di indicazioni pratiche.

LA PREVENZIONE PRIMA DEL POSIZIONAMENTO

I Cateteri venosi periferici (CVP) sono i dispositivi più usati per l'accesso vascolare, permettono il collegamento tra la superficie cutanea e una vena del circolo periferico e sono realizzati con materiale biocompatibile (teflon, poliuretano, silicone) (Ponzio C. *et al.*, 2007).

L'infermiere deve possedere le conoscenze e le competenze per selezionare il dispositivo più appropriato per il paziente e per la terapia al fine di ridurre al minimo gli eventi avversi. Esse includono la conoscenza dell'appropriatezza della terapia prescritta e delle linee guida più aggiornate, delle potenziali complicanze e la competenza nella tecnica di inserimento del dispositivo in base alla personale esperienza pratica (Nelson S. *et al.*, 2008).

La prevenzione delle complicanze dovute alla presenza di un accesso venoso periferico (CVP) avviene prima di tutto durante il suo posizionamento: infatti il posizionamento, la gestione dei cateteri venosi periferici e della terapia infusionale è parte integrante dell'assistenza nei diversi contesti di cura ospedalieri



e territoriali, con pazienti acuti e cronici (Soian L. *et al.*, 2010). La prevenzione in questo caso consiste principalmente nella scelta corretta della sede di impianto del CVP, la scelta corretta del dispositivo da impiantare e la tecnica corretta di posizionamento.

SCELTA DEL DISPOSITIVO PER ACCESSO VENOSO

Nella scelta del dispositivo per accesso venoso periferico vanno tenute conto le terapie prescritte e le esigenze infusionali del paziente, utilizzando sempre l'agocannula del calibro più piccolo possibile. Per la maggior parte delle terapie infusionali, utilizzare un ago-cannula di calibro tra 20G e 24G; infatti i cateteri periferici di calibro superiore a 20G si associano ad un maggior rischio di flebite. Prendere in considerazione agocannule di calibro 22G-24G, nei pazienti anziani, allo scopo di minimizzare il trauma da inserzione (Alexander M. *et al.*, 2014).

Vanno, inoltre, prese in considerazione le caratteristiche chimico-fisiche delle soluzioni da infondere, il volume e la velocità di infusione, la durata della terapia, le condizioni del paziente (O'Grady N.P. *et al.*, 2011).

SCELTA DEL SITO DI VENIPUNTURA

La scelta della sede per l'accesso vascolare deve tenere conto della situazione clinica del paziente, dell'età e della malattia di base, nonché delle condizioni delle vene, del tipo e della durata della terapia e delle potenziali complicanze vascolari associate al dispositivo scelto. I criteri adottati dovrebbero essere in linea con le linee guida più recenti e contemplati nelle procedure delle organizzazioni sanitarie.

Il posizionamento di qualsiasi dispositivo di accesso vascolare è una procedura asettica che dovrebbe essere effettuata solo da personale formato (Dougherty *et al.*, 2010; Nelson *et al.*, 2008). La scelta della vena e le modalità di posizionamento del catetere possono condizionare il risultato della terapia infusionale (Ponzio *et al.*, 2007).

Nel posizionamento di un catetere venoso periferico occorre selezionare vene che abbiano le seguenti caratteristiche:

- piene e mobili;
- superficiali e palpabili;
- di diametro sufficiente a contenere il catetere vascolare e a consentire un flusso di sangue adeguato per garantire una corretta emodiluizione del farmaco somministrato;



- in una sede tale da consentire al paziente un buon livello di comfort (per esempio è preferibile posizionare l'accesso vascolare nell'arto non dominante) (Ingram *et al.*, 2007; Soian *et al.*, 2010)

Vanno invece evitate le vene:

- a livello delle pieghe anatomiche o delle articolazioni mobili, per non ostacolare i movimenti e per ridurre il rischio di fuoriuscita del catetere dalla vena (va tuttavia segnalato che in alcune situazioni di emergenza può essere necessario utilizzare le vene a livello delle pieghe anatomiche)
- dolenti, con ematomi o sclerosate;
- localizzate in un braccio edematoso o ipofunzionante (ovvero con problemi neurologici, plegici, o che sia stato sottoposto a uno svuotamento ascellare post

mastectomia);

- già utilizzate ove si sia verificata una flebite;
- situate a livello degli arti inferiori, dato il maggior rischio di embolia, di tromboflebite e di infezioni;
- localizzate a livello del polso, per diminuire i rischi di danni alle arterie radiale e ulnare e/o al nervo mediano che si trovano nel raggio di circa 5 cm;
- vene della fossa antecubitale e vene metacarpi, se il farmaco da somministrare è vescicante, a causa della difficoltà di individuare infiltrazioni nei siti di flessione;
- localizzate nell'arto in cui è presente una fistola vascolare per emodialisi (Dougherty *et al.*, 2010; Nelson *et al.*, 2008).

INDICAZIONI PER IL POSIZIONAMENTO

Per migliorare il successo nell'impianto dei CVP è bene seguire alcune indicazioni:

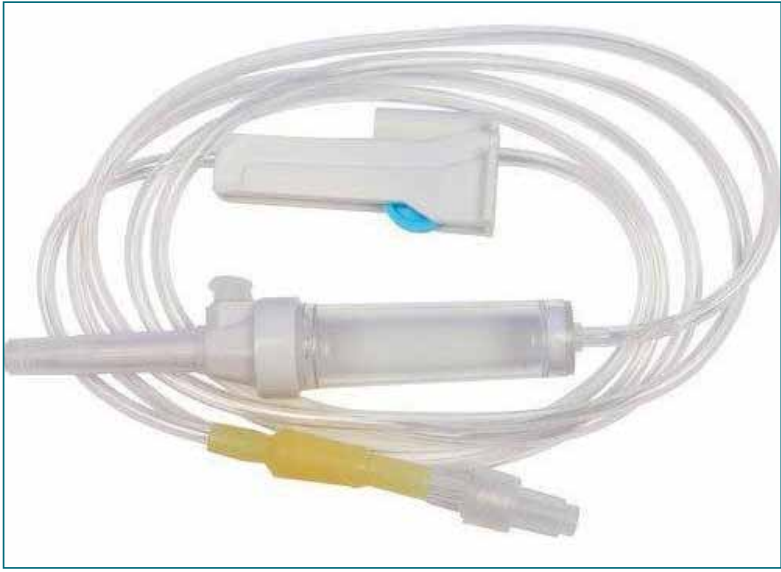
- Prima di inserire il catetere occorre detergere la cute. Per l'inserimento di un catetere venoso periferico si raccomanda di utilizzare come antisettico la clorexidina alcolica >5%, che è diventata un antisettico standard

nelle procedure di inserimento dei cateteri venosi. In presenza di controindicazioni specifiche alla clorexidina, è possibile utilizzare un iodoforo (iodopovidone), o alcool isopropilico al 70%. E' sempre importante far asciugare completamente l'antisettico prima dell'inserzione del catetere (O'Grady *et al.*, 2011).

- Adottare e mantenere la tecnica asettica durante tutta la manovra dell'inserzione dell'agocannula. Per inserire un catetere venoso periferico è sufficiente usare un paio di guanti monouso non sterili e una tecnica *no-touch*.
- Depilare il sito di inserzione soltanto quanto necessario per facilitare l'applicazione della medicazione; utilizzare forbici monouso o tricotomi con testina monouso; non utilizzare rasoi, perché questo può aumentare il rischio infettivo (Tanner *et al.*, 2011).

- Per quanto riguarda il posizionamento delle agocannule, è bene non eseguire più di due tentativi per ciascun operatore e non superare il numero complessivo di 4 tentativi. Infatti, tentativi multipli non coronati da successo sono causa di dolore per il paziente, ritardo nella terapia, riduzione della futura possibilità di accesso

Sito di inserzione integro	0	Nessun segno di flebite OSSERVARE LA CANNULA
Leggero dolore <i>oppure</i> leggero arrossamento	1	Possibile primo segno di flebite OSSERVARE LA CANNULA
Due segni tra: dolore - eritema - gonfiore	2	Primo stadio di flebite RIMUOVERE LA CANNULA
Tutti i segni: dolore lungo il decorso della vena - eritema - indurimento	3	Flebite ad uno stadio medio RIMUOVERE LA CANNULA Probabile necessità di trattare la flebite
Tutti i segni: dolore lungo il decorso della vena - eritema - indurimento - cordone palpabile	4	Flebite in stato avanzato o inizio di tromboflebite RIMUOVERE LA CANNULA Necessario trattamento della flebite
Tutti i segni: dolore lungo il decorso della vena - eritema - indurimento - cordone palpabile - febbre	5	Tromboflebite in stato avanzato RIMUOVERE LA CANNULA Trattamento della flebite



venoso, aumento dei costi e aumento del rischio di complicanze. Nei pazienti con accesso venoso difficile occorre una valutazione attenta delle necessità cliniche ed una discussione delle opzioni più appropriate coinvolgendo i curanti (Hagle *et al.*, 2014).

LA GESTIONE DEL CVP PER PREVENIRE LE COMPLICANZE

La prevenzione delle complicanze correlate alla presenza del CVP non ha luogo soltanto prima e durante il suo posizionamento, ma avviene anche durante la sua permanenza in sede. Infatti attraverso una buona gestione del catetere è possibile prevenire infezioni sia di tipo locale sia sistemico (Ponzio *et al.*, 2007). Come emerge nella revisione di Capdevila *et al.* (2016) all'81.9% dei pazienti ammessi nei reparti di Medicina Interna è stato inserito un catetere vascolare, che nel 95.4% dei casi si è dimostrato essere un CVP. Sempre secondo quanto asserito nella suddetta revisione è stato documentato quanto il CVP sia sempre più spesso correlato a batteriemia nosocomiale, con un'elevata associazione a morbidità e mortalità. Il rischio di batteriemia correlato alla presenza del CVP è simile a quello correlato alla presenza di linee venose centrali (da 0 a 5 episodi di batteriemia ogni 1000 pazienti accettati con CVP al giorno). Si evidenzia quindi quanto sia necessario, al fine di garantire la sicurezza del paziente, che il personale sanitario sia adeguatamente preparato sia a livello teorico sia pratico per gestire competentemente i dispositivi di accesso venoso, così da ridurre il rischio di complicanze. Inoltre è necessario che indicazioni e protocolli per la gestione di tali dispositivi siano inseriti nelle procedure aziendali, nel rispetto delle istruzioni della casa produttrice (Gorski *et al.*, 2016).

Prima di tutto bisogna comprendere che il CVP e la sua necessità devono essere accertate quotidianamente. Se il CVP non viene utilizzato è opportuno rimuoverlo, visto che il rischio di flebiti e infezioni è

correlato ai tempi di permanenza dell'accesso venoso. Rappresenta una scelta migliore posizionare un accesso solo quando è necessario, piuttosto che mantenerne in sede uno inutilizzato in previsione di un suo possibile utilizzo (Capdevila *et al.*, 2016).

MEDICAZIONE TRASPARENTE

Un altro atto preventivo riguarda la cura del sito di inserzione del CVP. Sempre secondo la revisione scritta da Capdevila *et al.* (2016), le condizioni del sito di inserzione devono essere accertate quotidianamente, alla ricerca di eventuali disagi o sintomi a livello della parte endovascolare che possano suggerire stadi precoci di flebite e per valutarne il funzionamento. Per un corretto monitoraggio del sito di inserzione è necessario garantirne la visibilità, ma allo stesso tempo è necessario garantirne la protezione. Per ovviare a questa problematica dall'inizio degli anni '80 sono entrate in uso le medicazioni trasparenti, in grado di offrire una chiara visualizzazione del sito di inserzione (Marsh *et al.*, 2014). Come asserito nella linea guida emanata dal Department of Health of Queensland Government (2015), la medicazione del CVP deve essere sterile, trasparente, semipermeabile e autoadesiva. La trasparenza della medicazione è una caratteristica importante perché, come emerge nella linea guida di Gorski *et al.* (2016), permette di esaminare attentamente il sito di emergenza del CVP e l'area circostante al fine di individuare arrossamenti, dolorabilità, edema e secrezioni. Sempre secondo suddetta linea guida i CVP devono essere esaminati almeno ogni 4 ore, ma anche ogni 1-2 ore nei pazienti critici o sedati o con deficit cognitivi, ogni ora nei pazienti in età neonatale o pediatrica e con frequenza ancora maggiore nei pazienti che ricevono infusioni di farmaci vescicanti. In assenza di segni clinici di infezione la medicazione non va rimossa o rinnovata a intervalli regolari, ma va cambiata alla sostituzione del CVP (Anderson *et al.*, 2011). La medicazione

va sostituita in caso di secrezione, dolorabilità della sede o altri segni sospetti o quando è allentata o dislocata (Gorski *et al.*, 2016).

FLUSHING & LOCKING

Utile alla prevenzione delle complicanze CVP correlate è la corretta chiusura del catetere quando non è utilizzato, al fine di garantirne la pervietà.

Prima di ogni infusione è buona regola lavare il catetere venoso e verificare il ritorno di sangue all'aspirazione, così da valutarne il buon funzionamento e prevenire le complicanze (Gorski *et al.*, 2016). Al termine delle infusioni viene raccomandato l'utilizzo del lavaggio (flushing) e della chiusura (locking). Il flushing previene la miscelazione di farmaci o soluzioni incompatibili e rimuove dal lume gli aggregati di sangue o fibrina, mentre il locking, mantenendo una pressione positiva all'interno del lume, previene il ritorno di sangue quando il CVP non viene utilizzato (Nelson *et al.*, 2008). Inoltre, secondo quanto indicato nella linea guida di Gorski *et al.* (2016) la soluzione di lock ha lo scopo di ridurre, oltre il rischio di occlusione intraluminal, anche quello di infezioni batteriche catetere-correlate. Sempre secondo Gorski *et al.* (2016) il flush di qualunque dispositivo per accesso venoso va effettuato utilizzando soluzione fisiologica, il cui volume deve essere pari almeno al doppio del volume interno del sistema. La scelta del volume del flush si basa sul tipo e il calibro del catetere, sull'età del paziente, e sul tipo di terapia infusionale. Quando si infondono sangue o emoderivati, nutrizione parenterale con lipidi, mezzo di contrasto e altre soluzioni ad alta viscosità sono probabilmente necessari volumi anche maggiori di quelli indicati. Dopo farmaci incompatibili con il cloruro di sodio, eseguire il flush prima con soluzione glucosata al 5% e poi con soluzione fisiologica. Non lasciare glucosio nel lume del catetere, poiché può favorire il biofilm. Preferire il flush con tecnica pulsante. Studi in vitro hanno dimostrato che un flush eseguito a scatti (ad es.: 10 boli brevi da 1 ml interrotti da brevi pause) è più efficace di un flush continuo nel rimuovere i depositi intraluminari quali fibrina, precipitati di farmaci, batteri. Non lavare il catetere esercitando pressione ec-

cessiva con siringhe troppo piccole, poiché una pressione di lavaggio eccessiva può causare il distacco di trombi, la disgiunzione del catetere dalla siringa o la sua rottura.

SET DI INFUSIONE

Secondo quanto indicato nella linea guida di Loveday *et al.* (2014) e in quella scritta da Gorski *et al.* (2016) non vi è evidenza che il cambio dei set di somministrazione endovenosa continua effettuato più frequentemente di 96 ore riduca l'incidenza di infezioni batteriemiche. Sempre secondo le sopraccitate linee guida i set di infusione vanno sostituiti con frequenza non superiore alle 96 ore, a meno che questi vengano utilizzati per infondere sangue, derivati dal sangue e soluzioni a contenuto lipidico. In caso di infusioni intermittenti il set va cambiato ogni 24 ore. Per quanto riguarda l'infusione di sangue e di emoderivati i set vanno sostituiti a trasfusione terminata o ogni 12 ore (Loveday *et al.*, 2014), oppure ogni 4 ore in caso di infusione di più unità (Gorski *et al.*, 2016).

CONNETTORI NEEDLEFREE

I dispositivi di connessione dotati di valvola anti-reflusso sono stati introdotti per ridurre l'incidenza di lesioni da taglienti e minimizzare la trasmissione di patogeni ematici. Tuttavia il design di alcuni di questi dispositivi determina un rischio potenziale di contaminazione, in alcuni casi tale da attribuire loro un aumento dell'incidenza di infezioni batteriemiche (Loveday *et al.*, 2014). Ciononostante la linea guida di Gorski *et al.* (2016) fa emergere come non vi sia consenso su quale sia la tipologia di connettore senza ago che si possa associare a un minor rischio di tali infezioni correlate alla presenza del CVP. Sempre secondo questa linea guida al fine di ridurre il rischio infettivo è opportuno eseguire una disinfezione manuale del connettore prima del suo utilizzo, ricorrendo ad alcol isopropilico al 70% o a iodofori o a clorexidina >0.5% in soluzione alcolica. La sostituzione del connettore senza ago deve avvenire almeno ogni 96 ore. Sostituzioni routinarie con frequenza più ravvicinata non si associano a vantaggi clinici, ma ad aumentato il rischio infettivo. Se si utilizza un'infusione continua, il connettore deve essere

cambiato quando viene sostituito anche il set di infusione.

COMPLICANZE CORRELATE AL CATETERE VENOSO PERIFERICO

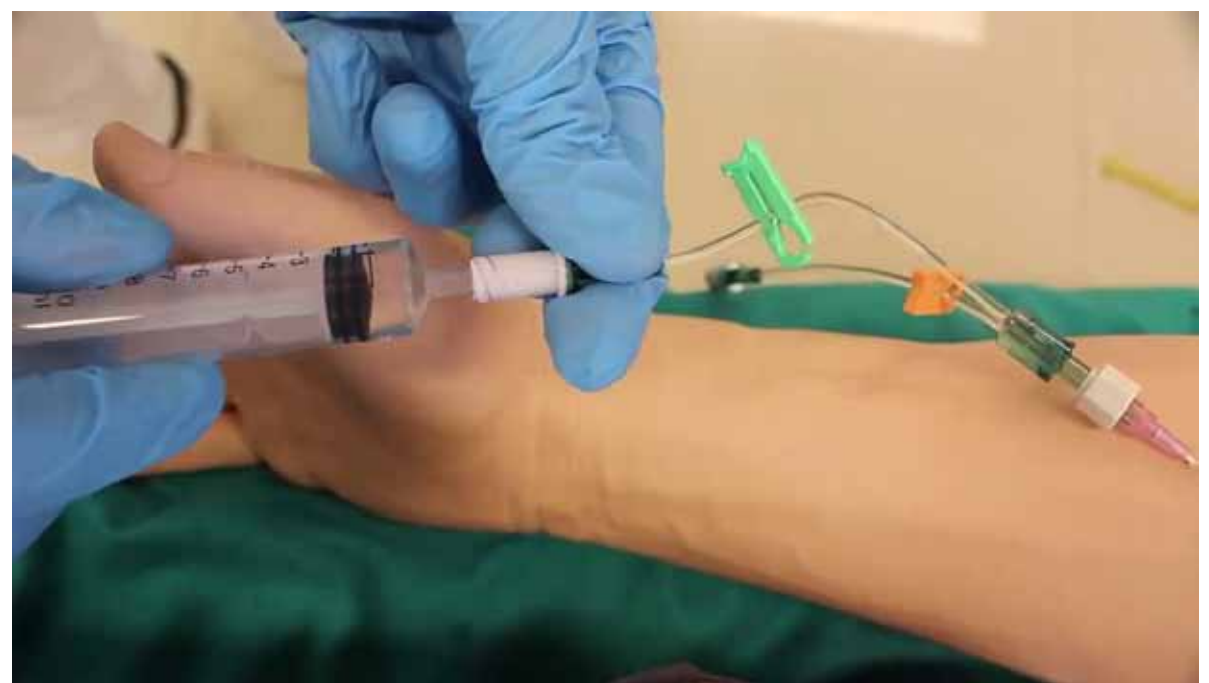
Conoscere i segni e i sintomi delle complicanze correlate ai dispositivi per accesso venoso durante l'impianto e la loro gestione sono la base per la sicurezza del paziente e per poter intervenire in modo appropriato.

Secondo Miliani *et al.* (2017) in Francia il tasso d'incidenza di flebiti varia dal 2% all'80%, mentre quello di infiltrazioni o stravasi è del 30%. Le infezioni relative alle linee periferiche sono meno frequenti rispetto a quelle relative ai cateteri venosi centrali, ma possono sfociare in sepsi più severe.

FLEBITI

La valutazione del punto di inserzione del CVP è da effettuarsi regolarmente per individuare tempestivamente i segni e sintomi locali di flebite. Essi comprendono: dolore/indolenzimento, eritema, calore, gonfiore, indurimento o corda venosa palpabile, secrezione purulenta. Il paziente, o il caregiver, deve essere educato a riferire dolore o fastidio a livello del sito di posizionamento del device. I siti di inserzione devono essere ispezionati almeno ad ogni turno e il loro controllo registrato in cartella infermieristica. Possono essere utilizzate delle scale standard per il loro tempestivo riconoscimento e conseguente trattamento. In figura si può notare la Visual Infusion Phlebitis Scale.

Le flebiti sono favorite da fattori legati al paziente, come: età superiore ai 60 anni, immunodepressione, diabete o infezione già in corso. Le flebiti si possono classificare secondo il meccanismo di insorgenza: Flebiti chimiche: causate da farmaci ad alta osmolarità (>500mOsm.l), a basso o ad alto pH, soluzioni con glucosio >10%, farmaci irritanti come cloruro di potassio, amiodarone, antibiotici. Inoltre, è importante la valutazione del calibro del dispositivo (flebiti chimiche da calibro eccessivo rispetto alla vena) per l'appropriata emodiluizione del farmaco. Proprio per questi motivi è necessario valutare il tipo di terapia infusiva, con l'opportunità di





ricorrere ad un accesso venoso di diverso tipo, a farmaci diversi o ad una più lenta velocità di infusione. Flebiti meccaniche: causate dal trauma meccanico sulla parete della vena per un calibro eccessivo del lume del catetere o legato all'inserzione. Per ovviare a queste potenziali conseguenze: scegliere cateteri di calibro il più piccolo possibile (adatti al trattamento), stabilizzare il *device* con medicazioni appropriate ed evitare l'inserzione in aree di flessione (es: piega del gomito). Flebiti batteriche: spesso sono causate da un'asepsi inadeguata durante il posizionamento del CVP in emergenza. Le cannule posizionate in emergenza vanno identificate per poterle rimuovere e riposizionare un nuovo accesso in base alle necessità.

Dopo aver determinato l'eziologia della flebite, il trattamento comprende la rimozione del dispositivo, l'applicazione di compresse calde, il sollevamento dell'arto, la somministrazione di analgesici e l'applicazione topica di terapia cortisonica.

INFILTRAZIONE E STRAVASO

L'infermiere deve sorvegliare il sito d'inserzione alla ricerca di segni/sintomi d'infiltrazione e stravasato prima di ogni infusione intermittente e poi periodicamente durante un'infusione continua; occorre, inoltre, valutare la pervietà del lume. Deve informare il paziente e/o il caregiver sul rischio di tale complicanza e su come diagnosticarla e trattarla (in particolar modo al domicilio). La riduzione del rischio d'infiltrazione e di stravasato si basa anche sulla scelta del dispositivo e della posizione d'impianto. I fattori di rischio per infiltrazione o stravasato sono svariati: siti di emergenza sulla mano, sulla fossa antecubitale e sulla parte prossima-

le dell'arto superiore; infusione di antibiotici e corticosteroidi attraverso un catetere venoso periferico; infezione concomitante; posizionamento ripetuto di ago cannule, impossibilità o difficoltà del paziente nel riferire dolore, tensione o altro fastidio; stato mentale o cognitivo alterato (es. agitazione, confusione, sedazione); caratteristiche dei vasi, della cute o del tessuto sottocutaneo legate alla età del paziente; malattie che causano alterazioni dei vasi; difetti di circolazione; farmaci che alterano la percezione del dolore (es. narcotici) o sopprimono la risposta infiammatoria (es. steroidi); accesso venoso periferico difficile a causa di obesità, venipunture multiple o terapia infusione particolare; CVP in sede da più di 24 ore o posizionate in vene profonde dell'arto superiore; durata del tempo di iniezione o infusione. Occorre saper distinguere tra farmaci/soluzioni vescicanti, non-vescicanti o irritanti. Non esiste un sistema di punteggio accettato per la classificazione di farmaci come vescicanti o irritanti; ci si deve basare sulle informazioni specifiche dei farmaci, sui *case report* e sulla letteratura esistente.

Si deve limitare il volume di soluzione stravasato nei tessuti riconoscendo tempestivamente segni e sintomi riferibili a infiltrazione/stravasato. Segni e sintomi vanno complicandosi con il progredire dello stravasato e nelle fasi iniziali possono essere confusi con quelli di una flebite o di una reazione allergica. Il dolore può essere il sintomo iniziale e può esordire all'improvviso con notevole intensità; l'edema può manifestarsi come un'area elevata sotto la cute in prossimità del sito di emergenza della cannula o come un aumento di volume e di tensione dell'intero arto, secondario all'accumulo di fluido nei compartimenti muscolari. I cambi nella colorazione possono manifestarsi come una zona di pallore nel caso di soluzioni non-vescicanti o come un eritema nel caso di soluzioni vescicanti; uno stravasato nei tessuti profondi può invece non alterare in modo visibile la colorazione cutanea.

Occorre fermare immediatamente l'infusione quando il paziente riferisce dolore, bruciore, fitte e/o gonfiore in corrispondenza del sito d'inserzione del catetere o lungo il percorso della vena. Questi sintomi non possono mai essere considerati normali e il loro verificarsi impone

una valutazione più approfondita, per gli interventi del caso. È raccomandato seguire un protocollo stabilito o prescritto dallo specialista; il protocollo varia a seconda del farmaco stravasato e deve avere l'obiettivo di limitare l'esposizione del tessuto sottocutaneo alla sostanza nociva.

INFEZIONE

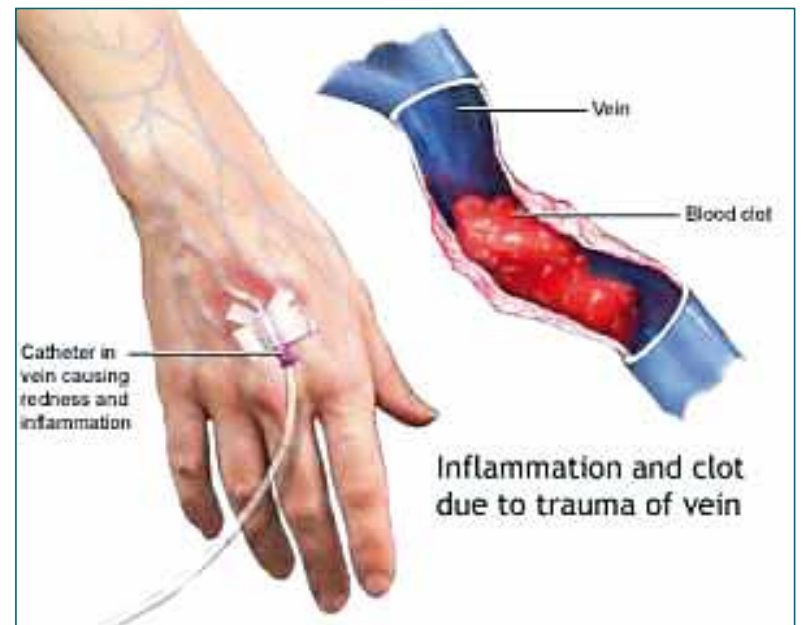
Nella prima parte dell'articolo sono specificate tutte le misure atte a prevenire le infezioni associate all'utilizzo dei CVP. La conoscenza di esse, associate alla valutazione dei segni e/o sintomi, prevengono l'infezione e fanno sì che il loro trattamento possa essere tempestivo. È raccomandata l'educazione al paziente e al caregiver per il loro riconoscimento. Secondo Capdevila *et al.* (2016) i CVP sono associati al rischio di infezione batteriche nosocomiali che sfociano in un aumento di morbilità e mortalità. Lo *Staphylococcus aureus* è il batterio isolato più di frequente delle infezioni CVP correlate.

L'infermiere indaga i possibili segni/sintomi di un'infezione catetere-correlata valutando: eritema, edemi, dolore o dolorabilità, secrezioni, indurimento del sito in inserzione del catetere, rottura spontanea del dispositivo, necrosi della cute sovrastante e innalzamento della temperatura. Le raccomandazioni prevedono la rimozione di un CVP se il paziente presenta segni/sintomi sospetti d'infezione. Il CVP può essere lasciato in sede senza la sostituzione routinaria se non presenta segni d'infezione o di flebite-correlata.

Per quanto riguarda il trattamento è necessario una valutazione d'equipe con il medico per la scelta della terapia adeguata.

DANNI NERVOSI

Se il paziente riferisce dolore o parestesie durante il posizionamento del CVP, o successivamente, il dispositivo va subito rimosso. È bene tenere sempre a mente i rapporti anatomici tra vene, arterie e nervi potenzialmente coinvolti nell'impianto di accessi venosi periferici. Si deve sapere che le varianti anatomiche sono assai comuni e talora complesse e che ciò può aumentare il rischio di danni nervosi temporanei o permanenti correlati all'impianto o alla permanenza del catetere.



EMBOLIA GASSOSA

Tutti gli accessori delle linee infusionali, i connettori senz'ago e i set per infusione devono avere connessioni luer-lock, per scongiurare il rischio di disconnessione accidentale. Si deve sempre espellere l'aria dalle siringhe, dai set d'infusione, dai connettori senz'ago e da qualunque altro accessorio delle linee infusionali. I pazienti e/o i caregiver che gestiscono una terapia infusione a domicilio devono essere addestrati su come prevenire un'embolia gassosa.

La conoscenza delle precauzioni per la prevenzione delle complicanze, il tempestivo riconoscimento dei segni e sintomi correlati così come la corretta gestione del CVP e delle linee infusionali diminuiscono la possibilità dell'incorrere nelle stesse. La formazione degli operatori sanitari e dei pazienti così come dei loro caregivers è di fondamentale importanza, come viene più volte specificato nelle linee guida EPIC del 2014.

Bibliografia

Anderson B., Arthur D., Blom C. (2011) Infusion therapy standards of practice, *Intravenous Nursing New Zealand Incorporated Society*. Draft Consultation Document 2011 Bodenham A., Babu S., Bennett J., Binks R., Fee P., Fox B., Johnston A. J., Klein A. A., Langton J. A., Mclure H., Tighe S. Q. (2016) Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland: Safe vascular access 2016. *Anaesthesia*, 71(5):573-85
Capdevila J. A., Guembe M., Barberán J., de Alarcón A., Bouza E., Fariñas M. C., Gálvez J., Goenaga M. Á., Gutiérrez F., Kestler M., Linares P., Miró J. M., Montejo M., Muñoz P., Rodríguez-Creixems M., Sousa D., Cuenca J., Mestres C.-A. (2016), 2016 Expert consensus document on prevention, diagnosis and treatment of short-term peripheral venous catheter-related infection in adults. *Revista Espanola De Quimioterapia*, 29(4): 230-238
Centre for healthcare related infection surveillance and prevention & tuberculosis control (2013) *Guideline Peripheral intravenous catheter (PIVC)*. Department Health Queensland Government 2013
Dougherty L., Bravery K., Gabriel J. (2010), *Standard for infusion therapy*. Royal College of Nursing. www.rcn.org.uk/_data/assests/pdf-file/0005/78593/002179.pdf
Gorski L., Hadaway L., Hagle M.

E., McGoldrick M., Orr M., Doelman D. (2016), Infusion Therapy Standards of Practice, *Journal of Infusion Nursing*, 39(1S)

Hagle M.E., Mikell M. (2014), Peripheral venous access. PA: *Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins*, 2014:303-334

Ingram P., Lavery I. (2007), Peripheral intravenous cannulation: safe insertion and removal technique. *Nursing standard*, 22:44-8

Langton J. A., Mclure H., S. Tighe Q. M. (2016), Safe vascular access 2016, *Anaesthesia*. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland

Loveday H.P., Wilson J.A., Pratt R.J., Golsorkhi M., Tingle A., Bak A., Browne J., Prieto J., Wilcox M. (2014), epic3: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England, *Journal of Hospital Infection*, 86(S1): S38-S50

Marsh N. M., Webster J., Rickard C. M., Mihala G. (2014), Devices and dressings to secure peripheral venous catheter to prevent complications (Protocol), *The Cochrane Library* 2014, Issue 4

Miliani K., Taravella R., Thillard D., Chauvin V., Martin E., Edouard S., Astegneau P. (2017), Peripheral Venous Catheter-Related Adverse Events: Evaluation from a Multicentre Epidemiological Study in France (the CATHEVAL Project). *PLoS ONE* 12(1): e0168637. doi:10.1371/journal.pone.0168637

Nelson S., Valentine L., Armes S., Austin A., Clator N., D'Onofrio L., Giff C., Gomes S., Hicks G., Patton K., Rodkin S., Schouten J. M., Legere D., Harper T. (2005), Care and maintenance to reduce vascular access complications. *Nursing Best Practice Guideline Shaping the future of nursing*. Registered Nurses' Association Of Ontario

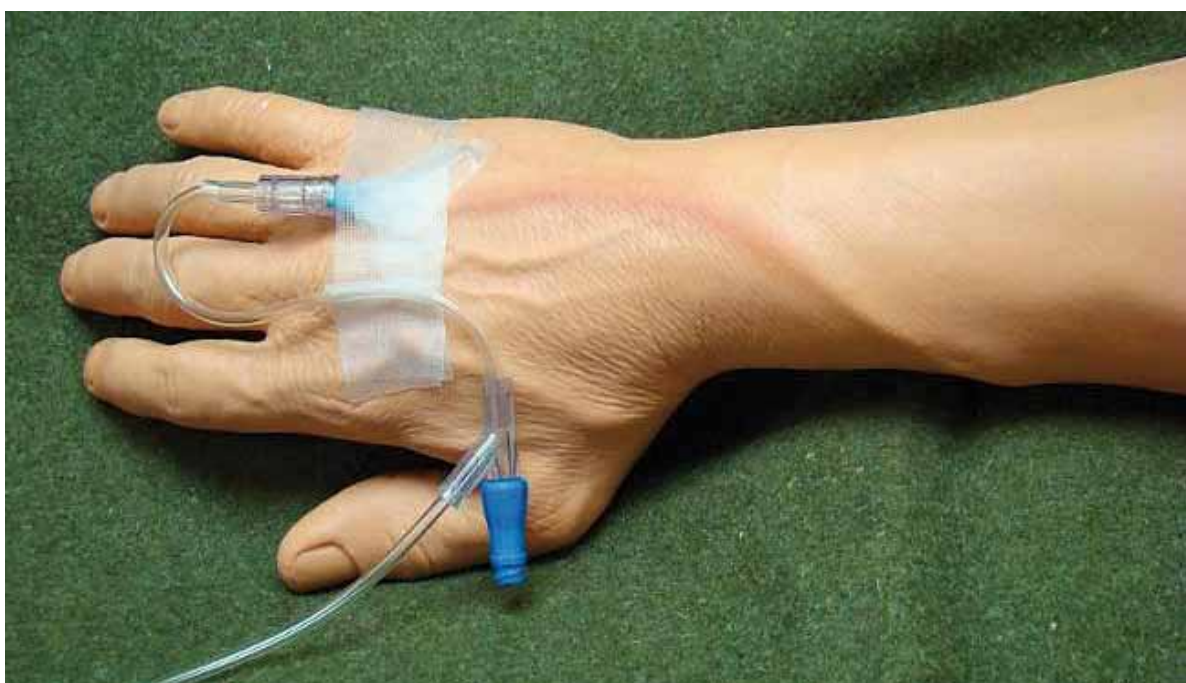
Ponzio C., Da Ros L. (2007), Gestione del catetere venoso periferico. *Dossier InFad*, 2(15)

Soian L., Brugnolli A. (2010), *Trattato di cure infermieristiche*. Napoli, Idelson Gnocchi
Tanner J., Norrie P., Melen K. (2011), Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. *Cochrane Database Syst Rev*. (11):CD004122. doi:10.1002/14651858.CD004122.pub4.

* Infermiera c/o UOC di Geriatria/RRF/Oncologia Medica, ASST Valtellina e Alto Lario, P.O. di Sondrio.

** Infermiere c/o UOC di Pronto Soccorso, ASST Valtellina e Alto Lario, P.O. di Sondrio.

*** Infermiere c/o UOS di Medicina Generale/RGG, ASST Valtellina e Alto Lario, P.O. di Chiavenna.



La campagna per la legislazione e per l'albo professionale

tratto da: Nursing storia illustrata della assistenza infermieristica

Fu un medico, sir Henry W.Acland, il primo a trattare ufficialmente nel 1860 il problema dell'abilitazione alla professione di infermiera. Professore titolare di medicina presso l'Università di Oxford, egli scrisse che questa professione doveva avere un riconoscimento statale, che doveva seguire un piano di studi riconosciuto e che le infermiere dovevano essere in possesso di uno standard minimo di competenza (Mollet, 1888). Tuttavia in Inghilterra le infermiere, fino al 1887, non presero alcuna iniziativa per il riconoscimento ufficiale della loro professione. La prima legge per l'abilitazione alla professione di infermiera era stata approvata, in realtà, a Cape Colony, in Sud Africa, nel 1891.

Pur non essendo una legge specifica per le infermiere, bensì un decreto incorporato in una legge sulla medicina e la farmacia, rappresentava in qualche modo una speranza per le infermiere inglesi, che stavano sperimentando una campagna difficile.

Soltanto nel 1919, dopo una lotta chiamata scherzosamente la "Guerra dei Trent'Anni", esse riuscirono a rea-

lizzare il proprio obiettivo. Nel 1901 la Nuova Zelanda varò una legge per l'abilitazione delle infermiere, che fu la prima vera legge su questa professione. Leggi analoghe a questa passarono in altri cinque paesi, comprese le province del Canada, verso il 1914. Frattanto le infermiere americane avevano, di propria iniziativa, aperto una campagna per proporre un disegno di legge; esse ritenevano che la protezione del pubblico ed il benessere della singola infermiera fossero le due questioni principali.

La necessità di controlli professionali che garantissero gli standard dell'assistenza divenne evidente con la proliferazione delle scuole per infermiere. Mantenere questi standard, tuttavia, non era solo un problema di assistenza, ma anche di sicurezza e di sanità pubblica. Il continuo sviluppo di scuole scarsamente qualificate metteva in pericolo gli utenti, perché l'assistenza veniva prestata da infermiere "non qualificate" o "preparate inadeguatamente". Le associazioni di assistenza formatesi negli ultimi anni concentrarono così l'attenzione sulla esigenza

di un meccanismo che fosse in grado di assicurare un riconoscimento legale alle infermiere diplomate. Si chiedeva una legislazione che avrebbe dovuto distinguere fra infermiere diplomate e personale non diplomato. In America il controllo dell'istruzione e dell'esercizio della professione dipendeva dai singoli stati, non dal governo federale.

Le organizzazioni statali, perciò, venivano formate per portare avanti la lotta, lunga e difficile, per la creazione di un albo professionale delle infermiere. Le associazioni delle infermiere intrapresero campagne molto attive e lanciarono appelli agli organismi legislativi dei singoli stati.

Una forte opposizione proveniva da gruppi esterni che erano spinti da interessi di ordine finanziario ad impedire alle infermiere di ottenere il riconoscimento statale.

Nel 1898 Sophia Palmer fece una proposta pubblica per l'abilitazione delle infermiere davanti alla Federazione delle Associazioni Femminili dello Stato di New York. La federazione approvò l'idea sotto forma di una risoluzione, e a quel punto la campagna per la legislazione e per il riconoscimento ufficiale iniziò attivamente. Le associazioni e la leader della nursing lavorarono per molti anni per questi obiettivi.

Finalmente, in meno di due mesi, nel 1903, gli stati del North Carolina, del New Jersey, di New York e la Virginia approvarono la legge per l'abilitazione alla professione. Un editoriale dell'*American Journal of Nursing*, nel novembre 1903, scritto presumibilmente da Sophia Palmer, definiva la questione in maniera chiara e succinta:

L'ABC dell'albo professionale

Sembrirebbe che ogni infermiera sulla terra debba, dopo tutto ciò che è stato detto e scritto, comprendere i motivi che spingono a chiedere questo riconoscimento da parte dello Stato e capire qualcosa a riguardo agli effetti pratici che ne derivano: ma spesso, parlando con delle infermiere, veniamo a sapere o ci accorgiamo che non sono riuscite ad afferrare le ragioni di questo grande movimento.

Questo movimento...ha uno scopo puramente educativo; è infatti il primo grande tentativo fatto di comune accordo delle infermiere per il progresso, l'evoluzione e la protezione delle infermiere del futuro.

Ma le infermiere non sono in grado di comprendere, nonostante tutto il progresso realizzato, che l'infermiera diplomata dei nostri giorni non ha



una posizione legalmente riconosciuta, non è infatti iscritta ad un albo professionale, né è classificata neppure fra le diplomate delle scuole professionali, e la donna che è diventata infermiera senza alcuno studio o che è stata espulsa da una scuola professionale per seri motivi ha lo stesso diritto di chiamarsi "infermiera diplomata" davanti alla legge, di chi ha trascorso tre anni a lavorare ed a studiare con grande impegno e fatica.

Per quanto tempo ancora le infermiere permetteranno che tali condizioni possano esistere, quando basta solo una decisa e concertata azione per migliorare la qualità dell'istruzione, per proteggere i cittadini e le infermiere stesse contro gli impostori e per dare un posto, tra le professioni onorate, a quella dell'infermiera diplomata?

Vent'anni più tardi, la legislazione che regolava la formazione professionale delle infermiere era già in funzione in quarantotto stati, nelle Hawaii, e nel Distretto di Colombia. Essa prevedeva esami di abilitazione per le infermiere con una rappresentanza di infermiere nelle commissioni esaminatrici. Commissioni esaminatrici per infermiere vennero quindi autorizzate alla legge in ogni singolo stato a giudicare la capacità delle candidate che richiedevano l'iscrizione all'albo ed il riconoscimento professionale ufficiale. Sebbene le leggi degli stati fossero simili, esistevano delle differenze nei requisiti e nei poteri che davano; erano facoltative, non ingiuntive; non concedevano la qualifica RV alle diplomate; specificavano un periodo dopo il quale le infermiere diplomate potevano inoltrare la domanda per l'iscrizione all'albo senza dover sostenere esami. Le prime leggi ed i primi decreti sull'abilitazione alla professione di infermiera non furono efficaci e lasciarono molto a desiderare. Eppure la creazione dell'albo professionale dette risultati positivi perché fu un passo verso l'uniformità delle scuole per infermiere ed una forma importante di riconoscimento ufficiale. Inoltre, la campagna e le lotte per ottenere leggi dello stato servivano a rafforzare la coesione all'intero mondo dell'assistenza.

NUOVI INDIRIZZI

Si informano tutti gli iscritti all'Albo che l'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Sondrio ha aggiornato sito internet ed indirizzi mail e PEC come sotto indicato:

- sito internet: www.opisondrio.it
- mail: segreteria@opisondrio.it
- presidente@opisondrio.it
- PEC: opi.sondrio@pec.it

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Sondrio

Sondrio, 13 settembre 2018
Prot. 2018/1006 /III.03-tb

OGGETTO: Assistenti Sanitari: MIGRAZIONE all'Ordine TSRM-PSTRP provincia di Milano.

AL MINISTERO DELLA SALUTE	ROMA
AL MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA	ROMA
AL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA	ROMA
ALLA FNOPI	ROMA
ALL'ENPAPI	ROMA
ALLA FEDERAZIONE NAZIONALE TSRM PSTRP	MILANO
ALL'ORDINE PROVINCIALE TSRM PSTRP	MILANO
ALL'ASSESSORE ALLA SANITA' REGIONE LOMBARDIA	SONDRIO
A SUA ECCELLENZA IL PREFETTO	SONDRIO
AL SIGNOR QUESTORE	SONDRIO
AL SINDACO	SONDRIO
AL PRESIDENTE DEL TRIBUNALE CIVILE E PENALE	SONDRIO
AL PROCURATORE DELLA REPUBBLICA	SONDRIO
AL DIRETTORE GENERALE A.S.S.T. Valtellina e Alto Lario	SONDRIO
AL DIRETTORE GENERALE A.T.S. della Montagna	SONDRIO
AL DIRIGENTE SITRA ASST Valtellina ed Alto Lario	LORO SEDI
ALLE CASE DI RIPOSO DELLA PROVINCIA DI SONDRIO	SONDRIO
ALLE OO.SS.	SONDRIO
AL PRESIDENTE ORDINE DEI MEDICI	SONDRIO
AL PRESIDENTE ORDINE DEI FARMACISTI	SONDRIO
AL PRESIDENTE ORDINE DELLE OSTETRICHE	SONDRIO
AL NUCLEO ANTISOFISTICAZIONE SANITA'	BRESCIA
AGLI OPI D'ITALIA	LORO SEDI

Ai sensi della Legge 3/2018 è stato sottoscritto in data 5 luglio 2018 un accordo tra la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) e la Federazione Nazionale degli Ordini dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche della Riabilitazione e della Prevenzione (FNO TSRM PSTRP) nel quale si sono stabilite le modalità di trasferimento all'Albo degli Assistenti Sanitari.

La FNOPI ha pertanto trasferito d'ufficio all'Albo dei TSRM PSTRP a fare data dal 1 luglio 2018, i seguenti professionisti Assistenti Sanitari:

- 1) Assistente Sanitaria n. 66 Silvana BONETTI, nata a Bormio (SO) il 17/09/1963;
- 2) Assistente Sanitaria n. 69 Marina CARNEVALI, nata a Bormio (SO) il 30/09/1961;
- 3) Assistente Sanitaria n. 79 Stefania Letizia CERLETTI, nata a Chiavenna (SO) il 03/08/1967;
- 4) Assistente Sanitaria n. 70 Renata COMPAGNONI, nata a Bormio (SO) il 16/10/1956;
- 5) Assistente Sanitaria n. 60 Giuliana DEL NERO, nata a Morbegno (SO) il 08/01/1959;
- 6) Assistente Sanitaria n. 64 Caterina Giuseppina DELLA MORETTA, nata a Aprica (SO) il 22/04/1962;
- 7) Assistente Sanitaria n. 75 Giuseppina FECCI, nata a Milano (MI) il 01/09/1956;
- 8) Assistente Sanitaria n. 79 Sara GUSLINI, nata a Morbegno (SO) il 24/01/1994;
- 9) Assistente Sanitaria n. 53 Graziella PAGANONI, nata a Albosaggia (SO) il 14/10/1946;
- 10) Assistente Sanitaria n. 53 Stefania RAMPA, nata a Sondrio (SO) il 15/07/1967;
- 11) Assistente Sanitaria n. 67 Eugenia ZECCA, nata a Sondrio (SO) il 10/10/1965.

Distinti saluti.

Il Segretario: Inf. Ped. Marisa AMBROSINI

Il Presidente: Inf. Giuseppe FRANZINI

OPI - Ordine delle Professioni Infermieristiche di Sondrio Via Aldo Moro 38/E - 23100 Sondrio -
C.F.80000370140 - Tel 0342 218427 - Fax 0342 517182 - e-mail: info@ipasviso.org - ipasvi.sondrio@pec.it

CENNI DI VENTILOTERAPIA

di Robustelli Test Bruno*

Inizialmente, quando mi è stato chiesto di scrivere un pezzo sulla ventiloterapia, ho pensato che sarebbe stato difficile trovare nuovi spunti a distanza di 12 anni. In realtà, mi sono reso conto che l'argomento è talmente vasto da permettere nuove scoperte e di conseguenza avviso chi si accinge a leggere di non aspettarsi una relazione esaustiva, ma spero di riuscire nell'intento di suscitare curiosità ed indirizzare il lettore verso ulteriori approfondimenti.

UNA BREVE INCURSIONE STORICA

E' risultato chiaro all'uomo fin dall'antichità che la vita era strettamente connessa con il respiro.

Nella Bibbia Dio creò l'uomo impastandolo con la polvere del suolo e vi soffiò lo Spirito di vita (cfr Genesi 2,7).

Sciamani, guaritori e sacerdoti di ogni tempo e cultura, hanno utilizzato tecniche respiratorie per entrare in contatto con gli uomini e gli spiriti per poter portare guarigione.

Per quanto concerne l'anatomia e la fisiologia del sistema cuore-polmone, le cose sono piuttosto bizzarre e complicate a livello storico.

La prima traccia della circolazione cuore-polmone la possiamo ricavare dal papiro di Ebers, dal nome del suo acquirente europeo, un rotolo di circa 20 metri databile all'incirca al 1550 a.C., in cui si legge che "vi sono nell'uomo 22 vasi appartenenti al suo cuore che si dipartono verso tutte le membra e vi sono 4 vasi che vanno ai polmoni e portano l'acqua e l'aria". Galeno era lontanissimo dal concetto della circolazione cuore-polmone; per lui il sangue venoso fluiva dal fegato al cuore destro e da qui una certa quantità veniva inviata per la nutrizione dei polmoni attraverso la vena polmonare, che in certe ore portava sangue ai polmoni, in altre portava aria al cuore.

Sarà solo con William Harvey nel 1626 che si avrà una prima descrizione attendibile dell'argomento, poi confermata dagli studi al microscopio compiuti da Malpighi che scoprì i capillari polmonari della rana.

Dal punto di vista della ventilazione Paracelso (1520), e Panaroli (1640) indicarono l'insufflazione come un metodo per riportare in vita gli asfissati e gli annegati, e proposero di utilizzare il classico bocca a bocca, oppure un soffiato, non molto dissimile a quelli per attizzare il fuoco della fucina del fabbro.

Nel 1908 George Poe riuscirà a rianimare dei cani in asfissia utilizzando il suo ventilatore.

Il polmone d'acciaio fu realizzato nel 1929 ed ebbe un grande utilizzo durante le epidemie di polmonite. Nel 1953 l'ingegnere tedesco Holger Hesse e l'anestesista danese Henning Ruben inventano il primo pallone autoespandibile, commercializzato dalla società da loro fondata, l'AMBU. Nel 1946 il medico James Elam, durante un'epidemia di poliomielite applica il metodo della respirazione bocca-bocca ad un bambino e testimonierà che "dopo soli quattro respiri il colorito del bambino era ritornato roseo".

Questo episodio stimolerà le sue ricerche fino quando, insieme al medico Peter Safar riuscirà a dimostrare in maniera incontrovertibile l'efficacia

della procedura, riconosciuta dalla comunità internazionale nel 1958.

Dalla loro opera di diffusione della tecnica nascerà la necessità di realizzare dei manichini per allenarsi.

Il primo fu realizzato da un volontario della croce rossa, Roger Malek e prese il nome di Miss Sweet Breath. Successivamente lo stesso Safar e il costruttore di giocattoli danese Asmund Leardal costruirono CPR Anne, (oggi Resuci Anne), un manichino che diventerà famoso in tutto il mondo.

Le sue fattezze erano quelle di una persona reale, raffigurante il volto dell'"inconnu de la Seine", una ragazza che la leggenda vuole si sia gettata nella Senna causa di un amore non corrisposto e di cui era stato conservato il calco del viso. Il primo ventilatore a pressioni positive fu il ventilatore di Engstrom

IL VENTILATORE MECCANICO

Il ventilatore meccanico è uno strumento che sostituisce o supporta il lavoro dei muscoli respiratori fornendo l'energia necessaria ad assicurare adeguato flusso, pressione e volume di gas negli alveoli durante l'inspirazione. La ventilazione meccanica (VM) può agire sia aumentando la pressione all'interno delle vie aeree (Ventilazione a Pressione Positiva), sia riducendo la pressione all'esterno del torace (Ventilazione a pressione negativa).

Il ventilatore è una macchina costituita da un hardware e da un software che ne controlla il funzionamento. Possiamo cercare di immaginare il ventilatore come una pompa che insuffla una miscela di gas all'interno dell'albero tracheo-bronchiale del paziente.

Al suo interno vi sono una o più turbine che movimentano l'aria mettendola in pressione.

Il software controlla un cospicuo numero di dati e di impostazioni, rilevando il corretto funzionamento del ventilatore e segnalando immediatamente il verificarsi di problemi, attraverso allarmi sonori e visivi, i cui principali sono:

- Allarme di apnea: viene impostato in termini di tempo in secondi, inteso come tempo massimo trascorribile fra un innesco respiratorio ed il successivo. In genere il ventilatore passa in modalità controllata. E' da considerarsi un allarme di alta priorità. Questo allarme non viene mai inserito nei pazienti che non hanno attività respiratoria e dipendono totalmente dalla macchina. Nel caso di guasto rilevato bisogna iniziare immediatamente il supporto respiratorio con unità di ventilazione manuale.
- Allarme di disconnessione: si tratta di un allarme di alta priorità in quanto se il ventilatore si disconnette, il paziente non in autonomia respiratoria è a rischio di morte. Assicurarsi di riconnettere rapidamente il paziente al ventilatore.
- Allarme di presenza di perdite aeree sul circuito: si tratta di un allarme che deve essere impostato con molta sensibilità, in quanto, in particolare nella ventilazione non invasiva si devono accettare delle perdite minime, si può considerare di media priorità. Controllare attentamente il circuito, ricercando eventuali lesioni



sullo stesso, controllare la corretta adesione dell'interfaccia e nel caso di mancata soluzione al problema sostituire il circuito.

- Allarme di pressione massima: è un allarme di alta priorità, generalmente innescato dalla tosse del paziente a dalla presenza di ingombro tracheale. In questo caso è necessario liberare le vie aeree dalle secrezioni.
- Allarme di pressione minima: è un allarme di priorità elevata, in quanto se la miscela di gas non raggiunge la pressione di esercizio, viene inefficaciata l'efficacia della ventilazione; può dipendere dal livello di perdite sul circuito fino alla disconnessione. Un'altra delle possibili cause può essere la rottura della cuffia della cannula o la sua inadeguata cuffiatura nei pazienti tracheostomizzati.

- Allarme di volume minimo: indica che gli ultimi atti respiratori del paziente sono stati inefficaci, e che si deve ricercare la causa fra la disconnessione e l'inefficienza della tenuta del palloncino.

- Allarme di volume massimo: ha la funzione di evitare il rischio del barotrauma, le cause possono essere il malfunzionamento del ventilatore o un livello di pressione troppo elevato impostato.

- Allarme di bassa frequenza respiratoria: la comparsa di bradipnea è un segno prognostica sfavorevole, può indicare una variazione dello stato neurologico del paziente, oppure il sensore di trigger è stato regolato male e il paziente non riesce ad avere la forza di innescare gli atti respiratori. E' un allarme di alta priorità.

- Allarme di alta frequenza respiratoria: è un allarme di alta priorità e ci avverte che il paziente ha bisogno di più atti respiratori nell'unità di tempo per compensare una situazione di stress respiratorio, oppure che il sensore di trigger è impostato su valori troppo bassi e ciò causa l'innescarsi di troppi atti respiratori a scavalco senza che questi vengano completati.
- Allarme di disconnessione dalla rete elettrica: è un allarme importante anche se di solito i ventilatori sono dotati di una batteria interna con una notevole durata.

COMUNICAZIONE PAZIENTE VENTILATORE

Durante la ventilazione necessitiamo di un sistema che metta in comunicazione il ventilatore ed il paziente, in grado di capire l'innescò dell'attività respiratoria e di erogare, nel tempo di pochi millisecondi, il supporto

necessario.

Questo sistema prende il nome di trigger, dall'inglese che significa innescare qualche cosa (nelle armi ad esempio è il grilletto), nella ventilazione il concetto è un po' diverso.

Il trigger inspiratorio è quel dispositivo che consente al ventilatore di sincronizzare la propria ase inspiratoria con quella del paziente. Ne esistono di tre tipi:

TRIGGER A PRESSIONE

Durante l'espiazione la valvola inspiratoria del ventilatore è chiusa. Quando inizia l'inspirazione successiva, si genera una pressione negativa nel circuito del ventilatore.

Infatti, come descritto dalla legge di Boyle, il prodotto di pressione e volume è costante, quindi se aumenta il volume dei polmoni (inspirazione) ma non vi entra nuovo gas (valvola inspiratoria chiusa) la pressione diminuisce, il software del ventilatore lo avverte ed eroga la prestazione.

Il valore di pressione di trigger impostato dovrebbe sempre essere il più basso possibile: questo consentirà la più rapida erogazione e permetterà al paziente di risparmiare energie nell'innescò dell'atto respiratorio. Va ricordato che il medico deve essere molto attento nell'impostazione del trigger, al fine di evitare l'auto-riciclaggio della macchina che erogherebbe atti respiratori non richiesti dal paziente.

TRIGGER A FLUSSO:

Utilizzando questa tipologia di trigger, le valvole interne del ventilatore non si chiudono mai e continua a circolare un livello minimo di flusso (bias flow o flusso di base).

Quando il paziente finisce l'inspirazione, rimarrà nel circuito all'interno del ventilatore il flusso di base; se il paziente inizia l'inspirazione, una parte del flusso di base verrà sottratta e questo è il segnale che il paziente inizia ad inspirare e sarà innescata l'assistenza inspiratoria.

I valori del trigger a flusso sono espressi in litri/minuto. Vale lo stesso discorso sulla sensibilità fatto per i trigger a pressione.

TRIGGER NEURALE

Attualmente disponibile su una piccola percentuale dei ventilatori, consente di innescare l'insufflazione quando inizia la depolarizzazione del diaframma.

Richiede il posizionamento di un sondino naso-gastrico con appositi elettrodi che si trovano a livello del diaframma.

Si tratta di una modalità nuova che può dare molti vantaggi in quanto sincronizzare il ventilatore sull'inizio della contrazione diaframmatica aumenta di molto la sensibilità.

TECNICHE DI VENTILAZIONE

VENTILAZIONE A PRESSIONE POSITIVA

Questo tipo di ventilazione può essere effettuato per via invasiva tramite tubo oro-naso tracheale o tracheostomia, oppure in modalità non invasiva tramite sistemi di interfaccia paziente-ventilatore (maschere facciali, nasali, nasal pillow, boccaglio, maschera total-face).

Il ventilatore applica una pressione positiva alle vie aeree del paziente con diverse modalità di erogazione:

- Modalità pressometriche o a rilascio di pressione
- modalità volumetriche o a rilascio di volume

MODALITÀ PRESSOMETRICA

Con questa modalità la pressione viene impostata come costante mentre ne risulterà una variabile come movimentazione di volume all'interno dell'albero tracheobronchiale del paziente, variabile dipendente dalle impedenze rappresentate dalle caratteristiche meccaniche dell'apparato respiratorio del paziente.

Il ventilatore eroga un flusso di aria nelle vie aeree del paziente ad una pressione impostata dall'operatore mantenendola costante per un tempo prestabilito (tempo inspiratorio): il flusso e i volumi erogati dipenderanno dalle caratteristiche del sistema respiratorio (compliance e resistenze) e potranno variare in funzione di eventuali sforzi del paziente (aumento dei volumi movimentati), o dalla presenza di ingombro tracheale e tosse (diminuzione dei volumi).

La modalità a rilascio di pressione comporta un minor rischio di barotrauma ed una migliore interazione paziente-ventilatore ma non è in grado di erogare un determinato volume minuto.

MODALITÀ VOLUMETRICA

In modalità volumetrica il volume (VT) è la costante ed è impostato dall'operatore, mentre le pressioni di esercizio sono dipendenti dalle resistenze dell'apparato respiratorio del paziente, mentre il volume erogato non ne dipende.

Il volume viene erogato per un tempo prestabilito (tempo inspiratorio), e determina le caratteristiche e l'ampiezza della pressione necessaria all'erogazione del volume stesso.

Lo sforzo del paziente non può modificare il flusso istantaneo e quindi il volume.

In questa modalità il rischio di barotrauma è maggiore e quindi deve essere impostato un limite massimo di pressione di esercizio, raggiunto il quale il ventilatore interrompe l'erogazione.

MODALITÀ ASSISTITA/CONTROLLATA

La ventilazione assistita/controllata apporta un respiro a pressione positiva in risposta ad uno sforzo da parte del paziente.

Il ventilatore, in assenza di attività respiratoria del paziente per un tempo prefissato (tempo di apnea) innescata

la modalità controllata, secondo una frequenza di atti respiratori chiamata frequenza di bak up, fino a quando la frequenza respiratoria del paziente non supera quella di bak up. Con questa modalità il paziente ha il controllo della propria frequenza respiratoria. In A/C il volume erogato non è influenzabile dagli sforzi del paziente e l'erogazione dei gas terminerà al raggiungimento del volume richiesto. La VM A/C è utilizzata come approcio iniziale nei pazienti che non hanno una completa autonomia respiratoria. Non vi sono controindicazioni assolute.

VENTILAZIONE A PRESSIONE DI SUPPORTO

La ventilazione a pressione di supporto (PSV) fornisce un supporto ventilatorio per mezzo di un'onda di pressione positiva sincronizzata con lo sforzo inspiratorio del paziente che ne controlla sia l'inizio che la fine. Durante la fase inspiratoria la pressione delle vie aeree (Paw) è elevata ad un livello prefissato dall'operatore: il livello di pressione supporto. La velocità di pressurizzazione può essere impostata e regolata. Il supporto di pressione viene mantenuto fino a quando termina lo sforzo del paziente o il ventilatore percepisce la fine dell'atto respiratorio attraverso una caduta del flusso inspiratorio. La fase espiratoria è priva di assistenza ma può essere applicata una pressione positiva di fine espirio (Peep), naturalmente sempre minore della pressione di esercizio. Come tutte le modalità assistite non è adatta a pazienti con drive respiratorio instabile. Dal punto di vista tecnico consiste in tre fasi:

- Inizio della fase inspiratoria
- Pressurizzazione
- Fase di fine inspirazione/inizio espirazione

La PSV possiede almeno due grandi vantaggi:

- Buon sincronismo paziente-ventilatore
- Possibilità di graduare lo sforzo dei muscoli respiratori in base alle esigenze del paziente

L'aggiunta di una Peep contribuisce a ridurre ulteriormente lo sforzo dei muscoli respiratori.

MODALITA' BI-LEVEL, O A DUE LIVELLI DI PRESSIONE POSITIVA

Si tratta di una modalità che viene applicata maggiormente in pazienti che hanno necessità di ventilazione notturna o di una ventilazione non continua (BPCO). In questa modalità il ventilatore eroga due pressioni positive:

- Pressione positiva di ispirio (Ipap)
- Pressione positiva di fine espirio (Epap)

La ventilazione in Bi-level può essere in modalità assistita e in modalità timed, cioè regolata a tempo.

MODALITA' CPAP - PRESSIONE POSITIVA CONTINUA DELLE VIE AEREE

Il termine Cpap indica l'applicazione di una pressione positiva continua durante il respiro spontaneo. Il compito della Cpap è quello di mantenere una pressione positiva costante durante tutto il ciclo respiratorio del paziente che mantiene il completo controllo della frequenza respiratoria e della profondità degli atti respiratori. Questa modalità trova il proprio utilizzo nei pazienti con insufficienza respiratoria acuta e nel trattamento della sindrome delle apnee ostruttive notturne (OSAS). Essa può essere ottenuta con ventilatori oppure con il casco Cpap.

MODALITA' BILEVEL S/T AVAPSO A VOLUME GARANTITO

Questa modalità di ventilazione, di recente introduzione, migliora le prestazioni dei ventilatori a rilascio di pressione in quanto introduce il concetto di volume garantito mantenendo la modalità a rilascio di pressione e tutti i suoi vantaggi, garantendo al tempo stesso l'erogazione di un volume preimpostato.

TIPOLOGIE DI INTERFACCIA

- Maschere facciali
- Maschere nasali
- Nasal pillow
- Bocccaglio

MASCHERE FACCIALI

Queste maschere coprono sia il naso che la bocca del paziente. Il loro utilizzo è raccomandato nei pazienti con IRA, in quanto, in questa fase, in particolare in caso di ipercapnia marcata, il grado di collaborazione e lo stato di coscienza della persona risultano essere gravemente compromessi. Sono costituite da uno scheletro rigido e da una parte morbida che si deve adattare alla conformazione anatomica del viso paziente e viene fissato tramite dei tensori a bottone o a velcro. Devono essere in materiale trasparente per poter permettere di visualizzare in tempo zero la presenza di vomito, devono essere provviste di un meccanismo di sgancio rapido in caso di emergenza ed è opportuno che siano dotate di una valvola di sicurezza che permetta la messa in pressione del circuito durante la ventiloterapia e che mettano in comunicazione il paziente con l'ambiente esterno in caso di blocco del ventilatore. Possono essere a tenuta oppure presentare un meccanismo per la fuoriuscita dei gas espirati. Fra gli svantaggi di questa tipologia di interfaccia vanno annoverati la difficoltà alla comunicazione, la mancata possibilità di espettorazione, la scarsa efficacia della tosse ed un aumentato rischio di sovraddistensione gastrica. Durante la ventilazione con maschera oro-nasale l'attenzione del personale infermieristico deve essere massima.

MASCHERE NASALI

Le maschere nasali, come suggerito dal nome stesso, coprono solo il naso del paziente, lasciando libera la bocca. Sono in particolare indicate in pazienti collaboranti e con un elevato grado di autonomia respiratoria, (OSAS, BPCO). Sono in genere molto performanti e presentano numerosi vantaggi, quali la possibilità di bere, espettorare, parlare, tossire. Sono costituite da uno scheletro rigido e da una parte morbida e vengono fissate tramite cinghie al viso del paziente. Non necessitano di valvola di sicurezza e nemmeno del meccanismo di sgancio rapido. Possono essere a tenuta, oppure essere dotate di un meccanismo per la fuoriuscita dei gas espirati.

NASAL PILLOW

Vengono anche chiamate olivette nasali e sono simili a delle cannule nasali per ossigenoterapia, semplicemente di dimensioni maggiori, che vengono inserite nelle narici e permettono la ventilazione. Vengono utilizzate soltanto per i pazienti con OSAS, in particolare in presenza di claustrofobia.

BOCCAGLIO

In Italia si utilizza poco, viene usato maggiormente in Europa e negli USA. Consiste in un bocccaglio a cui è con-

nnessa la fonte dei gas da insufflare e che viene inserito nella bocca del paziente e prevede quindi un grado di collaborazione elevato da parte dello stesso.

CIRCUITO TUBI

Si distinguono due tipologie di circuito:

- Monocircuito
- Circuito doppio

MONOCIRCUITO

Il monocircuito è costituito da un tubo corrugato o antischiacciamento, della lunghezza indicativa di 180 cm e al diametro di 22 mm, dal dispositivo per la fuoriuscita dei gas espirati, da un raccordo per la somministrazione dell'ossigenoterapia. Questo circuito è utilizzato soprattutto nella ventilazione non invasiva. Su questo circuito può essere inserito un dispositivo di umidificazione ed un raccoglicondensa. Utilizzando un monocircuito abbiamo tre possibilità per evitare il fenomeno del rebrithing, ovvero della rirespirazione dei gas espirati e più precisamente:

- Valvola plateau
- Wisper
- Presenza di fori sulla maschera utilizzata

CIRCUITO DOPPIO

Il circuito doppio è costituito da due tubi da 180 cm uniti da un raccordo ad ipilon che termina con un tubo di Mount e viene raccordato alla tracheostomia del paziente. In casi rari e selezionati può essere utilizzato anche per la ventilazione non invasiva. Utilizzando un circuito doppio ci troviamo in presenza di una via "inspiratoria", attraverso la quale i gas vengono inviati al paziente, e di una via "espiratoria" da cui vengono allontanati. Il circuito doppio conduce i gas espirati fino al ventilatore, che li elimina attraverso la valvola espiratoria.

UMIDIFICATORI

L'umidificazione della miscela di gas insufflati è molto importante, e non deve essere sottostimata, in particolare durante la ventilazione invasiva. Assume rilevanza nel momento in cui, anche utilizzando le maschere, compare secchezza delle coane nasali e del cavo orale, epistassi ecc., fenomeni che possono ridurre la compliance del paziente, arrivando ad interessare fino al 40% della popolazione ventilata. Esistono due tipi di umidificatori:

- a freddo
- a caldo

Gli umidificatori a freddo si usano soprattutto nella ventilazione non invasiva, mentre quelli caldo nella invasiva. Durante l'utilizzo degli umidificatori a caldo, è bene mantenere temperature di esercizio fra i 32 e i 34 gradi. Esistono anche altri tipi di umidificatori a freddo e sono i nasi artificiali, che si dividono in:

- Condensanti
- Idrofobici
- Igroscopici

L'uso contemporaneo di umidificatori attivi e nasi artificiali deve essere evitato.

PAZIENTI IDONEI ALLA VENTILAZIONE NON INVASIVA

- Pazienti collaboranti
- Pazienti capaci di rimuovere spontaneamente le secrezioni
- Pazienti con frequenza respiratoria superiore a 25 atti/minuto
- Capacità di sincronizzare l'attività respiratoria con il ventilatore
- Assenza di vomito
- Assenza di claustrofobia
- Assenza di patologia psichiatrica

- Compromettente la ventilazione
- Assenza di grave acidosi

PAZIENTI NON IDONEI ALLA VENTILAZIONE NON INVASIVA

- Coma profondo o alto rischio di aspirazione
- Addome acuto
- Traumi facciali o fratture della base cranica
- Agitazione psicomotoria importante ed ansietà severa
- Emorragia gastrica in atto
- Arresto cardiorespiratorio

CRITERI CLINICI DI INCLUSIONE

- Distress respiratorio da moderato a severo
- Dispnea ingravescente
- Tachipnea
- Uso dei muscoli respiratori accessori
- Alternanza toraco-addominale
- Segno di Hoover (rientramento inspiratorio degli ultimi spazi intercostali)
- Segno di Campbell (abbassamento inspiratorio della cartilagine tiroidea)

PATOLOGIE CAUSA DI IRA CHE POSSONO ESSERE TRATTATE

- BPCO riacutizzata
- Cifoscoliosi e della colonna
- Polmoniti
- Fibrosi cistica
- Asma bronchiale grave
- Complicanze post chirurgiche (atelettasie)
- Patologie neuromuscolari
- ARDS
- Ira postestubazione
- Polmoniti in pazienti immunodepressi
- Ostruzioni delle alte vie aeree (OSAS)

PROCESSO DI VENTILAZIONE

- Scegliere il ventilatore adatto
- Scegliere l'interfaccia migliore
- Valutare la presenza di protesi dentali (se mobili valutare stato di coscienza ed eventuale rimozione)
- Parlare con il paziente fornendo poche chiare informazioni e cercare di ottenere collaborazione
- Rassicurare il paziente
- Posizionare la persona semiseduta
- Posizionare prima la cuffia o il nucale sul capo del paziente
- Appoggiare la maschera al volto del paziente
- Fissare la maschera senza che il ventilatore sia in funzione e il circuito collegato
- Attivare il ventilatore e connettere il circuito
- Non attivare gli allarmi inizialmente
- Regolare i parametri del ventilatore in base al confort e al pattern respiratorio del paziente
- Attivare gli allarmi
- Regolare il flusso dell'ossigeno in base ai valori di saturazione e di EGA
- Continuare a rassicurare il paziente
- Monitorare il paziente
- Eseguire EGA dopo 40 minuti

MONITORAGGIO

Il paziente che inizia un periodo di ventilazione deve essere attentamente monitorato, in particolare devono essere valutati:

- Frequenza respiratoria
- Frequenza cardiaca
- Saturazione ossiemoglobinica
- Tracciato elettrocardiografico
- Comparsa di cianosi
- Valori emogasanalitici
- Variazioni dello stato di coscienza
- Utilizzo dei muscoli accessori

CONFORT DEL PAZIENTE

Il paziente sottoposto ventiloterapia si trova in uno stato di completa dipendenza, e vive uno stato di preoccupazione e smarrimento, specie durante



il primo impatto. I piccoli accorgimenti sono fondamentali per creare confort al paziente. Valutare attentamente il grado di tensione del sistema di ancoraggio dell'interfaccia aumenta il grado di compliance e riduce il rischio della formazione di decubiti che porterebbero all'impossibilità di continuare la ventilazione non invasiva. Interrompere brevemente la VMNI per idratare il paziente non ne riduce minimamente l'efficacia. Valutare che le perdite aeree sulla maschera siano minime evita la possibilità di congiuntiviti, a volte anche gravi.

ALLESTIMENTO DELL'UNITA' DI CURA LETTO DI DEGENZA

Il letto di degenza deve essere regolabile in altezza, deve permettere al paziente di assumere posizioni diverse, deve avere le ruote piroettanti per facilitare gli spostamenti, deve prevedere la possibilità di rimozione del testatetto per permettere manovre di intubazione.

PIANO DI LAVORO

Il piano di lavoro deve avere uno spazio adeguato, un'altezza regolabile, deve essere facilmente sanificabile e non assorbente, posizione che non interferisca con le varie manovre

MONITOR MULTIPARAMETRICO BLOCCO DI ASPIRAZIONE COMPLETO MATERIALE DI UTILIZZO

- Unità di ventilazione manuale autoespandibile (AMBU) oppure unità non autoespandibile (va e viene)
- Cannula di Guedel
- Maschera per rianimazione cardiopolmonare
- Maschera di Venturi
- Maschera reservoir

CONCLUSIONI

Dopo avere cercato di rendere semplici anche alcuni concetti sicuramente ostici, nella speranza di esserci riuscito, concludo con un piccolo pezzo di alta letteratura tratto da "La sorella" di Sandor Maraj, scrittore ungherese del 900: "Io in quanto malato, non gli interessavo affatto, gli interessavo infatti le mie gambe e le mie mani, sicché esaminò coscienziosamente i miei riflessi, saltando di qua e di là, bafonchiando piano qualcosa, senza far caso a nessuno nella stanza e tantomeno a me, all'uomo che stava da qualche parte, dietro i riflessi dei piedi e delle mani....."

Con l'augurio che ognuno di noi sia sempre cosciente che lavoriamo sull'uomo e per l'uomo.

SITOGRAFIA

- www.sanmatteo.org/site/home/documento2378html
- www.nurstime.org/ventilazione-meccanica-domiciliare-caratteristiche.../21856
- www.arirassociazione.org/wp-content/uploads/2014/.../news-letter-n-4-anno-2017.pdf...
- normativasan.servizirl.it/port/GetNormativaFile?filename=150_DDG2001_5358...

* Infermiere presso pneumologica servizio Utiir Sondalo - Presidente Collegio Revisori dei Conti OPI Sondrio.

Infermiera su navi soccorso migranti

di Marina Buzzetti*

Mi chiamo Marina, sono un' infermiera nata e cresciuta in provincia di Sondrio, e vorrei condividere con voi qualcosa su quello che è stato il mio lavoro dal 2016 al 2017 e nell' estate del 2018: infermiera su navi di soccorso migranti nel Mediterraneo.

Da anni la gente tenta di attraversare il mare, e tanti ci muoiono nel farlo. Nel 2013 però avvengono due stragi, in meno di 10 giorni annegano in mare più di 600 persone (più esattamente 3 ottobre, 11 ottobre 2013).

In quel momento le coscienze dell' Europa sembrano svegliarsi e decidere di reagire. Partono così operazioni di Soccorso e Ricerca gestite dal nostro paese, seguite poi da altre gestite a livello Europeo. Ma la gente continua a morire, ecco perché il mondo delle ONG (organizzazioni non governative) decide di entrare in campo, con le proprie navi, con l' unico scopo di salvare vite. Dall' anno scorso però si è messa in atto un' opera di screditamento di queste organizzazioni, descritte come i peggiori criminali, e il passo seguente a questo è stata una vera e propria guerra contro di loro, che, utilizzando vari mezzi e strategie, ha eliminato ogni nave di soccorso dal Mediterraneo. Qui la società civile, dovrebbe chiedersi il perché di tutto questo, dovrebbe cercare di andare oltre la propaganda, i tentativi di manipolazione e ricercare la verità, ma quello che vedo io è una è soltanto un' enorme indifferenza.

Ma, cosa significava essere un infermiere in missione nel Mediterraneo? Durante le giornate di navigazione ci si prendeva cura del resto dell' equipaggio (problema più comune? mal di mare!), si fanno esercitazioni, si redigevano o rivedevano protocolli operativi, si gestiva la farmacia... come in una qualsiasi struttura sanitaria, che però in questo caso era un piccolo container adibito ad ambulatorio che noi avevamo ironicamente ribattezzato "la clinica". Quando si arrivava in zona di soccorso iniziava l' attesa, potevano trascorrere anche settimane, in cui ci si succedeva per i turni di guardia sul ponte di comando, binocoli in mano, cercando. Ogni momento poteva essere buono per il soccorso, più volte è

capitato di essere svegliati nel cuore della notte: avete 5 minuti per essere pronti e operativi in coperta. Ma si dormiva sempre con un "orecchio aperto," ormai si riconosceva il rumore del motore della nave che all' improvviso accelerava, avanti tutta, questa notte non si dormirà.

Ogni missione di salvataggio è stata diversa dalle altre, condizioni meteo avverse o favorevoli, numero di imbarcazioni da soccorrere, imprevisti di varia natura... ma per il team sanitario, un medico e due infermieri, è sempre stato impegnativo. Ho avuto la fortuna di lavorare quasi sempre con lo stesso medico in tutte le mie missioni, collega e grande amica, con cui ormai formavamo una squadra affiatissima, retta da fiducia totale e stima reciproca. Il triage iniziale veniva fatto appunto da lei, una breve stretta di

in pessime condizioni igieniche, ferite sia fisiche ma soprattutto psicologiche causate dalle orrende torture perpetrate su questa gente di continuo, stati cachettici di varia natura, gravidanze e addirittura parti.

Uno dei soccorsi più difficili dal punto di vista infermieristico è stato nel Novembre 2016. Il secondo infermiere era dovuto scendere, ero quindi solo io e il medico. Le persone a bordo erano quasi esclusivamente somali ed eritrei, che per vari motivi si ritrovano sempre a essere tra quelli che soffrono di più durante il viaggio. I casi principali erano due ragazzini e una ragazza. I primi due, malnutrizione acuta severa, febbre, diarrea, quando me li hanno portati in clinica la prima a cosa a cui ho pensato sono state le immagini di Auschwitz, la seconda



Madre e figlio finalmente a bordo.



è stata:" come la trovo una vena?". La ragazza invece, malnutrita, chiari segni di tortura con scosse elettriche sul torace, febbre elevata, insufficienza respiratoria ingravescente. Fortunatamente eravamo un gruppo



Da sinistra: l' infermiera Marina, il medico Giovanna e l' infermiera Licia.

di amici oltre che colleghi e quindi ho ricevuto tutto l' aiuto possibile e immaginabile, visto che comunque c' erano anche altre 600 persone di cui prendersi cura!

Per i casi più gravi c' era la possibilità di evacuazione medica via motoscafo veloce o elicottero in caso ci si trovasse ancora lontani dalla terra ferma, ma era comunque una procedura rischiosa e soprattutto si rischiava di separare gente che viaggiava con amici o familiari che poi difficilmente avrebbe ritrovato. La ragazza di cui vi ho appena parlato è stata evacuata la seconda notte, la saturazione non migliorava nonostante l' ossigeno, un polmone era completamente fuori uso. Collegli che si occupano di accoglienza a terra mi avevano poi riferito che la ragazza una volta dimessa dall' ospedale, se ne era andata per la sua strada, nel suo caso la Germania, dove c' era la famiglia ad aspettarla. Voglio credere sia andata davvero così.

Ben consapevoli di quello che purtroppo ognuno di loro aveva subito e di quello che sarebbe successo una volta sbarcati cercavamo di donare loro un momento di pace, un momento in cui riscoprire la propria umanità e in cui potersi ricaricare per tutte le sfide che li avrebbero aspettati. Il tempo non era tanto, ma ce la abbiamo sempre messa tutta.

Tanti ricordi affollano la mente, tanti visi, tante storie. Voglio condividere con voi la storia di Aicha. Appena l' abbiamo soccorsa è stato chiaro non fosse in buone condizioni, ipotermica, i vestiti completamente bagnati, faceva fatica a reggersi in piedi. L' ho portata subito in clinica, per spogliarla, asciugarla, cambiarla. La guardavo in faccia e leggevo la morte nei suoi occhi, vaneggiava, mi chiamava mamma. Per i tre giorni del viaggio è rimasta in clinica, facevamo a turno giorno e notte per non lasciarla mai sola. Si è poi ripresa un po', ci ha raccontato di essere sieropositiva, ma da tempo non era più in grado di assumere la terapia, ed era in cinta ma temeva per la vita del bambino che non sentiva più muovere. Aicha non ce l' ha mai detto, ma quasi tutte le gravidanze sono frutto di stupri. Alternava momenti di lucidità e gioia a momenti di confusione, ma al momento non c' era molto potessimo fare per indagare la sua situazione. Appena arrivati in porto l' abbiamo riferita alle autorità sanitarie per un trasferimento immediato in ospedale per accertamenti. Dopo una settimana circa siamo andate e trovarla, stava molto meglio ed era così felice di vederci! Ci raccontava che il bambino sembrava essere vivo e presto avrebbe avuto anche lo forza di telefonare alla madre che non sentiva ormai da un anno. Qualche settimana dopo siamo ripassate in ospedale per salutarla di nuovo, ma era morta. Non ci hanno saputo dire di più se non che un peggioramento improvviso delle sue condizioni l' aveva uccisa in pochi giorni. Aicha è una delle persone che mi è restata più dentro, non vi ho detto né di che colore era la sua pelle, ne quale era la sua religione. Ma è importante? No. Quando penso alle persone che ho contribuito a salvare ringrazio Dio per avermi dato la possibilità di averlo potuto fare, ma cosa dire di quelle in mare oggi? Quelle che non salverà nessuno? Quelle vite per cui nessuno lotta?

* Infermiera OPI Sondrio.



Come è profondo il mare

di Lucio Dalla

Siamo noi, siamo in tanti,
ci nascondiamo di notte
dagli automobilisti,
dai linotipisti
siamo gatti neri, siamo pessimisti,
siamo i cattivi pensieri,
non abbiamo da mangiare
come è profondo il mare
come è profondo il mare
Babbo che eri un grande cacciatore
di quaglie e di fagiani
caccia via queste mosche che non mi fanno dormire,
che mi fanno arrabbiare
come è profondo il mare
come è profondo il mare
E' inutile, non c'è più lavoro, non c'è più decoro
Dio o chi per lui sta cercando di dividerci,
di farci del male, di farci annegare
come è profondo il mare
come è profondo il mare
Con la forza di un ricatto l'uomo diventò qualcuno,
resuscitò anche i morti, spalancò prigioni,
bloccò 6 treni con relativi vagoni
innalzò per un attimo il povero a un ruolo difficile da mantenere,
poi lo lasciò
cadere a piangere e a urlare
solo in mezzo al mare
come è profondo il mare
Poi da solo l'urlo diventò un tamburo e il povero,
come un lampo, nel cielo sicuro
cominciò una guerra per conquistare quello scherzo
di terra che il suo grande cuore doveva coltivare
come è profondo il mare
come è profondo il mare
Ma la terra gli fu portata via compreso quella rimasta addosso
fu scaraventato in un palazzo o in un fosso, non ricordo bene,
poi una storia di catene, bastonate e chirurgia sperimentale
come è profondo il mare
come è profondo il mare
intanto un mistico,
forse un aviatore, inventò la commozione
che rimise d'accordo tutti i belli con i brutti,
con qualche danno per i brutti
che si videro consegnare un pezzo di specchio
così da potersi guardare
come è profondo il mare
come è profondo il mare
Frattanto i pesci, di quali discendiamo tutti,
assistettero curiosi
al dramma collettivo di questo mondo
che a loro indubbiamente doveva sembrare cattivo
e cominciarono a pensare,
nel loro grande mare, come è profondo il mare
nel loro grande mare, come è profondo il mare
E' chiaro che il pensiero da fastidio
anche se chi pensa è muto come un pesce
anzi è un pesce
e come pesce è difficile da bloccare
perché lo protegge il mare
come è profondo il mare
Certo chi comanda non è disposto
a fare distinzioni poetiche
il pensiero è come l'oceano, non lo puoi bloccare,
non lo puoi recintare
così stanno bruciando il mare
così stanno uccidendo il mare
così stanno umiliando il mare
così stanno piegando il mare

Dedicato agli indifferenti

Non permettere che questo mare
continui ad essere un cimitero.

La Redazione

