



OPI

Ordine Professioni Infermieristiche Taranto

“La parvola” a Noi online

**Corso avanzato riservato
agli Infermieri Coordinatori**

Link YouTube

www.youtube.com/watch?v=pzOo5-X2qwM



Coordinamento di redazione

F. Perrucci A. Gualano
L. Calabrese G. Mecca
E. De Santis

Direttore Responsabile
Benedetta Mattiacci

Comitato editoriale e redazionale
Emma Bellucci Conenna

Hanno collaborato

Cosimo Della Pietà
Monica Cardellicchio
Carlo Carfora
Angelo Tinelli
Fabiana Fontana
Gesualdo D'Elia
Domenica Ferrante
Cinza Bileci
Pio Lattarulo

Grafica a cura di Francesco P. Caforio (RSI)

Reg. Trib. di Taranto n. 462/94
decreto del 23/03/1994



Questo periodico
è associato alla
**Unione Stampa
Periodica Italiana**

Sommario

Editoriale	Pag. 3
Congresso FNOPI	“ 5
Sanità pugliese	“ 12
I Care formazione	“ 16
Prevenzione polmonite	“ 24
Qualità e performance	“ 30
La stanza della principessa	“ 33
Terapie di supporto	“ 40
Infermieri dal Papa	“ 44
Ecografia: accessi vascolari	“ 49
L'uomo oltre la divisa	“ 53

Ordine Professioni Infermieristiche Taranto
Via Salinella, n. 15 - 74121 - Taranto

Telefono 099.4592699 - Fax 099.4520427
www.ipasvitaranto.com - info@ipasvitaranto.it

ORARIO DI APERTURA AL PUBBLICO
lunedì - mercoledì - venerdì 9.00-12.00
martedì 15.00-17.30 - 17.00-19.00 venerdì

AVVISO

La redazione si riserva la valutazione degli articoli inviati, il rimaneggiamento del testo, la pubblicazione secondo le esigenze giornalistiche. Il materiale inviato non è restituito.

Le opinioni espresse negli articoli non necessariamente collimano con quelle della redazione.

Cari Colleghi, scenario in decisa evoluzione per la professione in questi primi mesi dell'anno per novità ed eventi che ci riguardano e che attendevamo da tempo. Mi riferisco in specie a...



Benedetta Mattiacci
Presidente OPI Taranto

(1) Legge di riforma che ha trasformato i Collegi IPASVI in Ordini delle professioni infermieristiche(OPI) e sancisce di fatto la nostra formazione ed il nostro bagaglio di conoscenze e di competenze.

(2) Primo congresso nazionale FNOPI, dal titolo emblematico: **“Noi infermieri. La nostra impronta sul sistema salute”**, a significare i “contenuti”, il senso, le competenze, gli obiettivi del ruolo in continua crescita, con sempre maggiore appeal tra i cittadini, come rileva un sondaggio dell’ Osservatorio Cittadinanzattiva sulla professione, dal quale emerge l’apprezzamento per l’infermiere e per il lavoro dell’infermiere, si evidenziano richieste come l’infermiere di famiglia, già in fase di sperimentazione in alcune regioni, l’ infermiere nelle scuole, il potenziamento dell’organico decisamente insufficiente per ragioni di contrazione della spesa. Lo ripetiamo da anni, basta con un servizio sanitario concentrato più sulla spesa che sui risultati della mission, sulla qualità dell’assistenza erogata.

Noi infermieri oggi abbiamo il riconoscimento della professione, della professionalità, delle conoscenze e delle competenze non in modo subalterno ma paritario con le altre professioni sanitarie con le quali ci ritroviamo a lavorare quotidianamente per conseguire e far conseguire l’obiettivo salute.

Durante il nostro congresso espressa anche l’apertura del direttore generale dell’Aifa (Agenzia italiana del farmaco) Mario Melazzini, alla possibilità di ‘prescrizione’ dei farmaci da parte degli infermieri, indicando la possibilità di avviare un percorso “che possa garantire una risposta più funzionale ai pazienti”.

(3) Udienza privata concessa dal S. Padre, momento toccante per noi tutti.

Eventi, allora, importanti a livello nazionale, non da meno, però, quelli a livello provinciale messi a punto al fine di colmare quelle sacche di conoscenze insufficienti o conoscenze di riflesso. Voglio dire del **“CORSO PER INFERMIERE COORDINATORE”**, ruolo per il quale il 23/2/2018 è stata sottoscritta una ipotesi di Ccnl che prevede, tra l’altro, *“che chi svolga posi-*

e
d
i
t
o
r
i
a
l
e

tivamente questo incarico, non sia soggetto allo spoil system, all'arbitrio organizzativo, ma, opportunamente valutato, potrà essere confermato, anche automaticamente, per un ulteriore mandato, con la possibilità, per il futuro, di partecipare, dando opportuna rilevanza in termini di valutazione, al lavoro svolto nel periodo precedente ai fini della riassegnazione del medesimo o di un altro incarico" (comunicato della Conferenza delle Regioni).

Il nostro corso, articolato in 9 appuntamenti, si prefigge l'obiettivo di far conoscere in maniera approfondita la figura dell'Infermiere coordinatore, ruolo-piattaforma della dirigenza infermieristica, al quale nella realtà odierna vengono richieste sempre maggiori responsabilità che comportano competenze di natura manageriale e organizzativa, una mole di lavoro spesso non codificata come possono essere le attività legate a nuovi modelli assistenziali o il far semplicemente rispettare le rotazioni o gli orari di lavoro imposti dalla direttiva europea. Allora, infermiere coordinatore, vero e proprio regista dei processi innovativi. Compito del nostro Ordine è, dunque, quello di dotare gli Infermieri di tutte le informazioni e gli strumenti per svolgere al meglio il loro ruolo. E' lo stesso obiettivo che ci prefiggiamo per il Corso **"INFERMIERE E OPERATORE SOCIO-SANITARIO. QUALE CAMBIAMENTO"** indispensabile per fare chiarezza su una figura entrata abbastanza di recente nel sistema sanità, le cui caratteristiche sono ancora tutte da verificare e da ottimizzare, al fine di dare il giusto spazio nell'ottica della collaborazione per l'obiettivo salute. Il nostro mantra è ottimizzare le risorse umane che ad oggi sono poche e possono essere potenziate per vincoli legislativi e per fondi sempre più insufficienti per risposte alle domande di salute dei cittadini. Noi Infermieri siamo portatori di strumenti e metodologie, di professionalità e di innovazioni, siamo capaci e dobbiamo lavorare in team. Ecco le finalità del corso **"INFERMIERE E OPERATORE SOCIO-SANITARIO. QUALE CAMBIAMENTO"**, strumento, occasione per parlare di cambiamento inteso come valorizzazione della figura dell'Infermiere, della figura dell'OSS, del rapporto di relazione I-OSS nel rispetto dei ruoli e delle competenze alla luce di quanto definito nei rispettivi profili, senza invasioni di campo o attribuzioni improprie. L'Infermiere ha consapevolezza dei doveri, ha coscienza dello status di professionista a tutto tondo, perché portatore di conoscenze e competenze. L'Infermiere è sopraffatto dalla cultura dei doveri ma, accanto, vive la coscienza dei diritti.

Non dimentichiamo e non accettiamo dimenticanze.

*La Presidente,
il Consiglio Direttivo
e i Revisori dei Conti
augurano*

BUONA PASQUA a tutti i Colleghi

PRIMO CONGRESSO NAZIONALE

FEDERAZIONE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

ROMA 5-6-7 MARZO 2018

AUDITORIUM PARCO DELLA MUSICA

NOI INFERMIERI

la nostra impronta sul sistema salute



RELAZIONE DELLA PRESIDENTE FNOPI BARBARA MANGIACAVALLI

Colleghe, Colleghi, gentili Ospiti, grazie per essere qui al nostro 1^a Congresso nazionale della nuova Fnopi, in realtà il XVIII dalla nascita dell'Ipasvi che Fnopi sostituisce dopo oltre sessant'anni dall'attivazione dei Collegi nel 1954. Questo Congresso, il primo appunto della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche, testimonia il lavoro continuo che gli infermieri hanno svolto negli ultimi anni. Siamo Ordini, non più Collegi: quello che molti ritenevano un sogno è una realtà. E il nostro primo compito è partecipare e vigilare sui decreti attuativi della legge Lorenzin perché tra tre anni le regole siano fissate e chiare anche per gli infermieri. In questa ottica dobbiamo accompagnare gli Ordini provinciali nell'applicazione della legge creando consapevolezza di ruolo della rappresentanza professionale, fornendo strumenti di supporto, integrazione e crescita reciproca. D'altra parte, si tratta di un cambiamento storico nella professione, una tappa importante ed essenziale che non può permettersi di avere zone d'ombra nella sua realizzazione. E con gli Ordini, dovremo tenere sotto controllo e mettere in atto le conseguenti azioni coordinate per il contrasto dell'abusivismo professionale, una vera piaga per la nostra professione che risulta la più colpita. Questo è il passaggio da Collegi a Ordini che voi tutti conoscete, ma vorrei dire che dall'ultimo appuntamento congressuale a oggi la Federazione ha bruciato più tappe di quante non ne siano state raggiunte negli ultimi 25 anni, che pure sono stati di continua ascesa e ricchi di successi. Per questo, l'attuale potrebbe essere un Congresso celebrativo: ■ dei traguardi raggiunti come l'Ordine professionale, appunto, o la partecipazione della nostra professione ai principali tavoli istituzionali, da quelli che lavorano sui Livelli essenziali di assistenza a quelli che si occupano del Piano cronicità; ■ per la nuova affermazione che stanno avendo nel mondo accademico i nostri docenti, riuniti - da questa Federazione - in una Consulta perché possano lavorare in piena sinergia e ai quali viene finalmente attribuito il giusto riconoscimento delle loro capacità professionali anche attraverso "l'apertura di nuovi spazi"; ■ perché è anche grazie ai nostri docenti che gli infermieri possono e potranno contare su livelli superiori e mirati di istruzione e formazione che poche professioni possono vantare. Ancora, potremmo sottolineare la nuova era di condivisione e di lavoro d'équipe, che lascia alle spalle personalismi, autocrazie, populismo, demagogia e lotte intra-professionali e apre le porte a un nuovo spirito di servizio istituzionale con la delega alla comunità professionale che ha le giuste competenze. Lo abbiamo sempre detto e qui lo ribadiamo: crediamo nei percorsi che si prefiggono obiettivi di sistema, si raggiungono non solo "domani", ma anche nel medio-lungo termine e si ottengono con serietà, im-



pegno, senso istituzionale, dignità e rispetto per l'onesta intellettuale degli infermieri che - come Federazione - rappresentiamo e con i quali vogliamo e dobbiamo lavorare per la crescita, l'etica e il decoro della nostra professione, della professione di tutti noi. Ma le celebrazioni, per quanto momenti di gioia importanti, per una categoria professionale come la nostra che di strade difficili ne ha percorse tante, servono a poco. Questo Congresso deve rappresentare il trampolino di lancio per l'infermiere del futuro, già a partire da domani.

Il quadro epidemiologico

Abbiamo di fronte un quadro del tutto nuovo rispetto alla tipologia dell'assistenza e dei bisogni dei pazienti che dobbiamo tenere ben presente. Solo pochi anni fa quasi tutto si concentrava sull'acuzie e sul bisogno di far fronte a episodi che il più delle volte si concludevano con un'assistenza ospedaliera degna di questo nome e all'altezza di servizi e qualità che tutto il mondo ci ha a lungo invidiato. Oggi, tutto questo non è più come prima e comunque è limitato a ciò che davvero è acuzie: l'età che avanza è sotto gli occhi di tutti, il nostro paese è uno tra i più longevi e soprattutto, uno di quelli considerati più in "buona salute". Ma cosa c'è dietro questa "buona salute"? La realtà, vista soprattutto con gli occhi di chi esercita una professione come la nostra, non è esattamente questa. Le patologie croniche sono in aumento così come lo è la non autosufficienza. I bisogni di questo tipo avrebbero necessità di un modello nuovo di assistenza che non c'è, di un territorio in grado di soddisfarli a lunga scadenza, se non addirittura - come spesso accade - anche per tutta la vita delle persone. Secondo l'Oms l'82-85% dei costi in sanità è assorbito dalla cronicità che rappresenta il vero grande problema che tutti i Paesi industrializzati debbono affrontare, assieme alla crescita esponenziale della spesa sociale, legata, oltre che all'invecchiamento della popolazione anche all'andamento del mercato del lavoro e ai provvedimenti sui sistemi pensionistici. L'Istat (dati pubblicati nel 2017) disegna un quadro dell'Italia che presenta alcune criticità: la quota di

individui di 65 anni e oltre ha raggiunto il 22%. Anche la struttura per età degli stranieri (5 milioni) mostra segnali di invecchiamento; gli anni di vita guadagnati sono scesi di 4,5 anni negli ultimi 10 anni (contro un aumento di 10 anni della Svezia), nonostante gli sforzi del Ssn; si è registrato un nuovo minimo delle nascite (474mila). Il numero medio di figli per donna si attesta a 1,34 (1,95 per le donne straniere e 1,27 per le italiane); 3,6 milioni famiglie sono senza redditi da lavoro. Si tratta del 13,9% del totale delle famiglie (con percentuali più alte al Sud del 22,2%).

La comprensione del mutamento del quadro clinico-epidemiologico c'è: non per nulla, ad esempio, è stato messo a punto e approvato per la prima volta il Piano nazionale cronicità. Ma chiedete ai pazienti - che qui sono rappresentati - se la strada è davvero in discesa, chiedetelo alle famiglie di quelli che hanno bisogno di aiuto e spesso non sanno dove cercarlo. Secondo il recente rapporto di Cittadinanzattiva "Fuori dall'Ospedale dentro le mura domestiche" per i cittadini gli infermieri sono i più presenti nelle cure

domiciliari: 84,31 per cento. Una presenza che secondo il monitoraggio dei servizi sul territorio è seguita al 73,87%, circa il 10% in meno, da medico di base o pediatra di libera scelta. Anche la percezione degli intervistati rispetto alla disponibilità degli operatori vede premiati gli infermieri con un giudizio positivo (59,52%) seguiti dal medico di famiglia con un distacco di oltre 17 punti (42,26%). E il dato migliora ancora secondo i primi risultati dell'Osservatorio civico Fnopi-Cittadinanzattiva, voluto proprio dalla Federazione per comprendere meglio le esigenze delle persone. I numeri esatti dei risultati saranno illustrati e descritti durante il Congresso, ma vi anticipo solo che secondo i cittadini gli infermieri si rivolgono loro con gentilezza e cortesia, sono disponibili all'ascolto, mostrano vicinanza, comprensione e anche emozioni rispetto ai pazienti.

I cittadini si sono sentiti sicuri durante l'assistenza infermieristica e gli infermieri hanno anche fornito a pazienti e parenti informazioni chiare e comprensibili. Ma si lamentano perché gli infermieri sono pochi, hanno poco tempo da dedicare al contatto con le persone, anche perché spesso sono occupati in attività che li allontanano dall'assistenza vera e propria (attività burocratiche, telefono ecc.). E tutto questo accade soprattutto in ospedale: sul territorio c'è quasi il vuoto, tanto che i cittadini vorrebbero avere la possibilità di poter scegliere un infermiere di famiglia/comunità come si fa col medico di medicina generale, vorrebbero trovare gli infermieri nella farmacia dei servizi, avere la possibilità di consultarli in determinati casi come il trattamento di ferite e lesioni cutanee e averli disponibili anche nelle scuole, per bambini e ragazzi che ne potrebbero aver bisogno.

Cosa offrono gli infermieri

Quella dell'infermiere è tra le professioni sanitarie più vicine ai cittadini e nel processo di offerta e di garanzia di salute la professione infermieristica ha un importante ruolo. Ma sappiamo che c'è molto da fare. Nel futuro della sanità, a fronte dei bisogni di salute della popolazione e in particolare della domanda di cura delle fasce più fragili, gli infermieri sono chiamati ad esercitare un ruolo sempre più incisivo, basato sulla sinergica collaborazione con i medici e gli altri professionisti sanitari, che riconosca le professionalità acquisite e capaci di contribuire ad innalzare la qualità della risposta assistenziale.

La nostra professione ha come scopo il rapporto coi pazienti. È per noi un elemento valoriale importante sia professionalmente che per il 'patto col cittadino' che da anni ci caratterizza. Per noi è essenziale avere una relazione privilegiata con loro, per comprendere come ci vedono e come possiamo soddisfare nel modo migliore i loro bisogni di salute. La richiesta degli italiani è di potenziare l'offerta di prestazioni infermieristiche sul territorio attraverso i canali del Servizio sanitario e supportare le famiglie nell'acquisto privato, ad esempio tramite i meccanismi della mutualità e assicurativi. Sappiamo bene, nonostante l'idea sia allettante, che un infermiere convenzionato come un medico di medicina generale comporterebbe costi elevati per un Servizio sanitario che invece i costi li taglia anche spesso a scapito dei servizi e della loro qualità. Ma ad esempio far affermare, come già avvenuto in molte Regioni benchmark, la figura dell'infermiere di famiglia - che non necessariamente deve essere una nuova figura, ma può essere un professionista già al servizio del Ssn - renderebbe più facile e migliore la vita di tante persone perché più completa la nostra risposta professionale. La Federazione ha calcolato da tempo che su circa 16 milioni di persone che soffrono di cronicità o non autosufficienza il bisogno sarebbe di un infermiere ogni 500 pazienti: 30mila professionisti dedicati che eviterebbero un "fai-date" o l'aiuto di caregiver inesperti di cure cliniche che spesso riempie il pronto soccorso. Queste considerazioni si associano all'idea di una libera professione infermieristica che porteremo avanti con forza perché non ha costi, ma solo vantaggi per i cittadini, i professionisti e le aziende. E ancora, di una libera professione strutturata che senza il cappio di partite Iva strangolanti o di tasse e balzelli debilitanti, consenta ai professionisti che hanno scelto que-

sta strada di percorrerla a testa alta, nella piena legalità e con la piena soddisfazione dei loro assistiti.

Cosa vogliono gli infermieri

Oltre al tema della libera professione per tutelare al meglio i cittadini, al primo posto c'è un aspetto della professione che riassunto in due parole comprende invece un ventaglio ampissimo di azioni che con voi, per voi e secondo le vostre e nostre necessità, cercheremo di portare a compimento al più presto e nel migliore dei modi: dignità professionale. Subito viene alla mente in questo momento l'immagine che scaturisce da un contratto che afferma alcuni principi innovativi nella crescita ulteriore della professione, come l'infermiere senior e quello specialista, ma non premia le centinaia di migliaia di professionisti che si impegnano, ogni giorno e tutti i giorni, per far fede alla loro scelta di prendersi cura. È evidente che un contratto con contenuti "buoni" avrebbe dovuto avere tre presupposti inderogabili che non ci sono: 1) possibilità di carriera certa e per tutti, tutti coloro che se lo meritano, si intende; 2) recupero retributivo degno di questo nome e non solo grazie allo sforzo delle Regioni, ma per implicito riconoscimento a livello centrale della professionalità che ci viene chiesta e che davvero non lesiniamo; 4) difesa della professione dai continui attacchi che tentano di farne la cornucopia in cui il servizio pubblico può "pescare" per soddisfare qualunque sua esigenza legata, il più delle volte, a una cattiva 5) organizzazione e a uno scarso livello di programmazione o, peggio, a una necessità di risparmio che non può più essere fatta sulla pelle dei professionisti. Gli infermieri sono infermieri e questa è la loro professione che in Italia e a livello internazionale ha precisi canoni per essere svolta e non può ridursi, come spesso accade, al ruolo di "tappabuchi" per esigenze che con lei hanno poco a che fare. Non si deve e non si può nascondersi dietro al dato di fatto che un infermiere ha come suo primo obiettivo la salute e il benessere delle persone e, in questo senso, spesso accetta situazioni per lui non edificanti né proprie. Ma lo fa di buon grado, perché vuole garantire il suo compito principale: assistere. Ed è anche vero - e questo cercheremo di "spiegarlo" a chi ancora non lo ha capito - che non ci si può approfittare di lui: l'infermiere è infermiere e questo deve fare. Un professionista di alto livello sia clinico che organizzativo al quale si può chiedere, ma che non si può e non si deve costringere a compiere azioni che non fanno parte del suo bagaglio professionale, della sua etica, del suo impegno morale. Tutto questo rappresenta anche la necessità di creare sinergie con le rappresentanze sindacali, per proporre il nostro contributo rispetto alla normativa contrattuale affinché venga mantenuto il decoro e la dignità della professione. E ancora, perché venga riconosciuto e valorizzato quanto di peculiare, competente e strutturato gli infermieri a tutti i livelli (clinicoassistenziale, gestionale organizzativo, formativo e di ricerca), agiscono quotidianamente, anche per prevenire, appunto, situazioni di sfruttamento retributivo e previdenziale. Gli obiettivi della Federazione per il triennio che formalmente comincia oggi sono questi devono essere tutti chiari a tutti e, se possibile, condivisi. Ma non solo. Anzitutto è necessario che si affermi e si consolidi un percorso culturale sulla nostra identità disciplinare e della nostra capacità di riconoscerci (e quindi esercitare) nelle norme professionali riferite a tutti i livelli (anche in questo caso clinico-assistenziale, gestionale organizzativo, formativo e di ricerca). Tutto questo, attivando anche una Scuola di politica professionale per preparare la rappresentanza di domani: gli infermieri non possono permettersi più di avere vuoti di rappresentatività o momenti in cui essere ignorati. Dobbiamo consolidare il contributo della professione ai tavoli istituzionali: Agenas, Istituto superiore di Sanità, ministeri, Agenzie nazionali e internazionali dove già siamo entrati negli ultimi tre anni, per portare il nostro peculiare punto di vista sul sistema salute nel suo complesso. Per questo e per avere spalle larghe in un compito non facile e di primaria importanza, dobbiamo sostenere le nostre Società scientifiche - con le quali abbiamo istituito una Consulta proprio perché è il lavoro di squadra il denominatore comune del nostro operare - perché consolidino il

loro ruolo rispetto alla responsabilità professionale e alla rappresentanza scientifica. Ma non solo, anche per avere la massima voce in capitolo nell'applicazione della legge 24/2017 sulla responsabilità professionale. Lavorare assieme per definire linee guida condivise tra tutti i professionisti della sanità, ognuno per la propria area di competenza e nell'interesse della corretta gestione della patologia del paziente è il valore aggiunto per far decollare la legge e perché questa sia efficace ed efficacemente rispettata. Da consolidare sono anche le alleanze e le sinergie con le associazioni dei cittadini e dei malati – con le quali abbiamo avviato un'altra Consulta - quali alleati presenti e futuri e nostri principali portatori di interesse con particolare attenzione alla cronicità, al settore socio sanitario e allo sviluppo dell'infermieristica nel territorio. E' anche nostra intenzione – e in questo triennio abbiamo lavorato in tal senso, giungendo a un punto di avanzamento notevole - realizzare protocolli di intesa e documenti congiunti multi professionali per percorsi di partenariato professionale su obiettivi condivisi. In questo senso vorremmo, con la collaborazione di tutta la famiglia professionale, sviluppare posizionamenti politico/professionali su tematiche, quali, ad esempio, lo skill mix change (cioè la modifica della composizione professionale del personale, già attuata in Paesi quali Stati Uniti e Gran Bretagna e indicata come priorità da numerosi studi recenti, tra cui il rapporto Oasi del Cergas Bocconi), i missed care (la misurazione degli esiti anche infermieristici), i Nursing Sensitive Outcomes (NSO), per consolidare il contributo dell'assistenza infermieristica nel percorso di cura del paziente già attuato con successo in alcune Regioni benchmark italiane. Soprattutto però, in questo momento, dobbiamo continuare a investire su noi stessi, per presidiare i percorsi normativi ancora migliorabili e aperti tra cui ad esempio, l'area dell'infermieristica pediatrica, quella della libera professione (anche in relazione agli standard economici e a quanto serve per rendere attuativo il neo normato equo compenso) quella dell'infermieristica militare, quella dello sviluppo di competenze contendibili e peculiari a partire dalla revisione di norme che affidano incarichi sulla base della professione e non del professionista. Una delle prime cose che vogliamo portare avanti, proprio perché la professione ha avuto un più elevato riconoscimento di sue peculiarità specifiche dal punto di vista anche specialistico, è delineare un percorso per il riconoscimento dell'infungibilità della specializzazione infermieristica. Come ho detto, gli infermieri sono pronti a tutto e non c'è nulla nella loro professione che non sappiano fare, non possano o non vogliano fare, lo dimostrano e lo hanno sempre dimostrato, ma non per questo qualcuno deve o può sentirsi autorizzato a fare di loro i jolly di un'assistenza che di carenze ne sta davvero dimostrando tante. Dovremo poi fare in modo che per i nostri "professori" si attivino percorsi per strutturare il corpo docenti all'interno del sistema universitario (ricercatori, professori associati e ordinari) in maniera adeguata ai numeri della nostra classe di laurea e creare le condizioni per la revisione dei piani e dei percorsi di studio anche a favore delle diverse forme di "specializzazione" a partire da quelle clinico assistenziali. Per la nostra preparazione dovremo sostenere lo sviluppo di un sistema di formazione continua (ECM) che offra maggiori garanzie qualitative e si raccordi con la clinica e il management professionale che ci riguarda. Inoltre, dovremo investire sui Centri di Eccellenza, implementando la rete della ricerca infermieristica, dei team building con i PhD e degli esperti per contribuire, attraverso lo sviluppo della scienza infermieristica, al sistema salute del nostro paese. Dobbiamo poi assolutamente coinvolgere i giovani professionisti per delineare con loro e per loro percorsi sostenibili di sviluppo professionale,

Spinti dal passato o guidati dal futuro?

Gli infermieri hanno subito quasi un decennio di riduzioni nel personale del Servizio sanitario nazionale pubblico (- 4,3% dal 2009 al 2016) e l'imminente formazione del nuovo Governo e del nuovo Parlamento moltiplicano gli allarmi che diverse famiglie professionali lanciano sulla possibilità di continuare a garan-

tire cure e assistenza adeguate alla popolazione. Ciò su cui si punta l'indice sono le carenze presenti e, soprattutto, future di professionisti. Anche gli infermieri potrebbero unirsi al coro segnalando come negli ultimi sette anni, a fronte di un significativo aumento dei bisogni di assistenza, le aziende del Servizio sanitario nazionale, dall'ultimo contratto a oggi, che ha coinciso anche con l'era dei tagli legati ai piani di rientro, abbiano rinunciato a oltre 12mila mila infermieri: il numero più grande di perdite di personale registrato da qualunque categoria faccia parte del servizio pubblico. E dovremmo riaffermare con forza come nei prossimi 10 anni sarebbe necessario assumere almeno 70mila infermieri (di cui 20mila per recuperare le "perdite" e fare fronte alle esigenze dettate dall'Europa sugli orari di lavoro e 50mila per espandere l'assistenza territoriale con almeno un infermiere ogni 500 persone con malattie croniche o non autosufficienti). Gli infermieri non intendono unirsi al coro. Le scelte su quanto personale e quale personale abbiamo/avremo bisogno devono essere fatte guardando al futuro e non replicando il passato. Da quando abbiamo deciso che i medici di medicina generale dovessero avere fino a 1.500 assistiti sono passati molti anni e sono cambiate molte cose nell'assistenza. Tra dieci anni molte altre ancora saranno cambiate. Forse quel limite deve essere abbassato o forse deve essere innalzato, l'unica cosa certa è che non possiamo permetterci il lusso di decidere senza analizzare e comprendere. I rapporti tra le diverse discipline mediche, le percentuali di posti assegnati alle diverse scuole di specialità sul totale, sono rimaste sostanzialmente invariate nel tempo. Eppure il dibattito è monopolizzato dalla "carenza di medici", senza affrontare il problema se avremo bisogno di più fisiatri o pediatri o cardiologi. Ancora una volta pensiamo di affrontare il futuro replicando il passato. Da dieci anni nel Servizio sanitario nazionale ci sono circa due infermieri e mezzo per ogni medico. Non abbiamo quindi cambiato nulla nel modello di cura e assistenza, nonostante tutte le trasformazioni dell'ultimo decennio. Questo rapporto deve aumentare o diminuire in relazione alle prevedibili evoluzioni del prossimo decennio? Vogliamo decidere o vogliamo ritrovarci tra dieci anni a prendere atto di ciò che è avvenuto? La circostanza che nei prossimi anni molti professionisti andranno in pensione pone molti problemi, ma apre una grande opportunità di ripensamento su come il Servizio sanitario nazionale debba funzionare e quale assistenza offrire. Gli infermieri ritengono che tale opportunità di cambiamento non possa essere sprecata prendendo oggi decisioni che ipotecano il futuro (le decisioni sull'inserimento di personale hanno come orizzonte la vita lavorativa di quel professionista che è di almeno 30 anni) guardando al presente o, peggio, al passato. Gli infermieri sono una professione che guarda al futuro e rispetto al futuro dell'assistenza e del Servizio sanitario nazionale chiedono a tutti gli attori, la politica in primis, una coerente assunzione di responsabilità.

Conclusioni - *Deve finire l'atteggiamento secondo cui l'infermiere rappresenta il "cuscinetto" tra i bisogni dei pazienti e le esigenze di un'economia che, non per colpa nostra, spesso non li vede e non li affronta per quel che sono. Il rispetto della persona parte dal presupposto di farla vivere in buona salute, possibilmente in assenza di malattia e in pieno benessere e non in modo residuale in un'economia che per sostenere se stessa finora ha limitato e tagliato i beni primari della vita. La salute è il primo diritto, ma anche il primo dovere della vita. Per riscuotere il proprio diritto è un dovere vivere in buona salute. E poiché la salute è un diritto va tutelata dai rischi e difesa dalla voglia che molti hanno di metterla sul piatto di una bilancia per fare da contrappeso a un'economia mal gestita. Siamo infermieri prima di tutto, e crediamo nella forza della relazione, dell'ascolto, dell'inclusione, dall'autorevolezza che vince sull'autorità. Crediamo in un gruppo allargato, partecipato, che lasci spazio ad autonomie di pensiero e di cultura perché il rispetto della persona parte anche da questo. "La salute è il primo dovere della vita" affermava Oscar Wilde. E il nostro primo dovere è garantire che tutti ne abbiano pieno e uguale diritto, senza essere ostaggi di un'economia che non si cura e non cura dalle malattie.*

Presidenti OPI Puglia incontrano Borraccino

Da sinistra L. De Benedictis,
M. Del Gaudio,
B. Mattiacci, C. Borraccino,
M. Antonazzo



SANITÀ PUGLIESE

TRA LUCI ED OMBRE, TRA LIMITI E BISOGNI, TRA IPOTESI E REALTÀ



Sanità pugliese tra luci ed ombre, tra limiti e bisogni, tra ipotesi e realtà: questo il tema di un incontro - confronto tra i presidenti OPI di Foggia (dott. M. Del Gaudio), Lecce (dott. M. Antonazzo), Taranto (dott.ssa B. Mattiacci) e Cosimo Borraccino, consigliere nel governo regionale, vicepresidente della Commissione Sanità. Sul tavolo, finalizzato alla ricerca di un comune percorso virtuoso per il superamento di alcune delle problematiche sanitarie regionali, temi come il Consiglio regionale dei sanitari, la dirigenza infermieristica, la mancata garanzia dei LEA, la Sanità territoriale, il surplus di accessi nei Pronto Soccorso, l'individuazione precoce della popolazione a rischio, l'anomalia del personale CRAP. Nel dettaglio, i presidenti OPI hanno lamentato la mancanza di risposte della Regione alle problematiche più volte rappresentate, a cominciare da quella non comprensibile assenza della figura dell'Infermiere all'interno del Consiglio Regionale dei Sanitari, laddove sono presenti tutte le professioni, anche le minoritarie. *"Assenza assurda- ha dichiarato il pres. Antonazzo- perché il Consiglio deve essere luogo di confronto e condivisione dei processi di riforma della Sanità in materia di Salute"*. Assoluta condivisione di Borraccino che si è impegnato a rappresentare in sede regionale, chiedendone la calendarizzazione urgente, quella che ha bollato come svista. *"Non si può non tenere presente una professione che ha i maggiori numeri nel SSN - ha sottolineato il consigliere - Non inserire gli infermieri è un errore, una svista, una disattenzione da parte del legislatore e di quanti fanno parte della Commissione Sanità"*. *"Il problema è proprio il bisogno di attenzione alla Professione - ha evidenziato Del Gaudio, presidente OPI FG - Pensiamo, ad esempio, alla dirigenza sanitaria Infermieristica ed alla mancanza del regolamento che rende questo ruolo "privo di contenuti", vanificandolo di fatto, mentre emerge sempre più pressante il bisogno di valorizzare le diverse competenze professionali per raggiungere gli obiettivi dati con efficacia ed appropriatezza organizzativa, per dare risposte ai bisogni dei cittadini con un sistema salute non statico ma dinamico"*. Piena condivisione delle rimostranze dei presidenti da parte di Borraccino, che ha ribadito la sua

volontà di *"fare battaglie per la professione perché non è possibile non tenere in considerazione, non accogliere questo riconoscimento, così come la proposta dei Pronto Soccorso Infermieristici, di cui ha parlato la presidente Mattiacci, possibile sistema ottimale per decongestionare gli attuali P.S."*. Necessario rammentare che oltre il 70% degli accessi sono rappresentati da codici bianchi e verdi che *"potrebbero ben essere di competenza dei P.S. infermieristici, con il doppio risultato di abbattere i tempi di attesa e i tetti di spesa"*, ha sottolineato la presidente Mattiacci che ha anche sollevato il problema della Sanità territoriale con reparti a diretta gestione infermieristica per persone in grado di spostarsi dal proprio domicilio, bisognose di prestazioni sanitarie, previste in un apposito elenco. Anche i LEA rappresentano un problema importante. *"E' essenziale- ha aggiunto la presidente Mattiacci- vengano garantiti i LEA, ovvero l'assistenza secondo standard di appropriatezza e qualità, garantendo un diritto nella nostra regione negato (Puglia tra le 5 non adempienti). Non si può più attendere perché le malattie non attendono"*. *"Certo. La Regione potrebbe e dovrebbe agire per inserire programmi di assistenza. Ho segnalato più volte il bisogno - ha riferito Borraccino - ricevendo risposte tranquillizzanti che, a mesi di distanza, tardano ad arrivare, in specie per i pazienti cronici. C'è disponibilità di massima, ma non si concretizza"*. Problema dopo problema, scarsa "voce" della regione come per il problema delle CRAPP, dove quasi sempre vengono inseriti pazienti con livelli di autonomia scarsi e con la presenza, durante il periodo notturno, di figure quali educatore professionale, personale della riabilitazione e assistente sociale, mentre è necessaria, non eventuale (reg. reg 27/11/ 2002 n.7), la presenza di personale dedicato ovvero dell'Infermiere, così come correttamente disciplinato dalla Regione Puglia per le CRAPP per autori di reato nel Reg. reg. 30 settembre 2014 n°18, magari in co-presenza con l'OSS. Questa necessità è stata oggetto di una richiesta ufficiale degli Ordini Professionali degli Infermieri della provincia di Lecce, Foggia, Brindisi e Taranto per la modifica dei suddetti R.R. 7/2002 e 3/2005. 31.000 Infermieri pugliesi attendono, ora, la risposta della Regione.

I CARE FORMAZIONE

CORSO DI APPRENDIMENTO PER GLI AGENTI DELLA FORMAZIONE



Dott. Cosimo Della Pietà

Infermiere ADI

Il presente scritto è la narrazione di un'esperienza formativa ed il frutto dell'elaborazione dei lavori prodotti dai trentasette partecipanti al corso, rivolto agli Agenti della Formazione (AF), svolto dall'UO Formazione dell'ASL Taranto, in data 21/12/2017, dalle ore 8.30 alle ore 17.30, nel padiglione Vinci dell'POC SS Annunziata di Taranto. La presentazione dell'esperienza e l'elaborazione dei lavori sarà come un report di una vera e propria ricerca di tipo qualitativa fenomenologica, dove lo scrivente, Cosimo Della Pietà, Infermiere ADI del Distretto Socio Sanitario N. 6, svolgerà il doppio ruolo di osservatore e partecipante, cercando di presentare il maggior numero possibile di informazioni, valorizzando al massimo il proprio punto di vista, la propria soggettività, legata a questa esperienza. Mi scuso se qualche accenno narrativo può far pensare ad un qualche riferimento di tipo statistico quantitativo.

INTRODUZIONE

Ma cosa è la ricerca qualitativa? E' la raccolta delle informazioni osservabili non in forma numerica, ma attraverso una serie di commenti, etichette o classificazioni. I dati solitamente sono

acquisiti tramite l'utilizzo di un diario, di un questionario aperto, di interviste, di osservazioni non strutturate o partecipanti. Si tratta solo di alcuni degli strumenti più noti e utilizzati in ambito qualitativo. I dati qualitativi sono principalmente dei dati descrittivi e, di conseguenza, la loro elaborazione sarà ricca e complessa. La ricerca qualitativa è utile negli studi su casi singoli e per descrivere, come in questa situazione, un determinato evento o comportamento. In sostanza, si tratta di esprimere qualità di un determinato oggetto d'indagine sotto forma di informazioni testuali attraverso, per lo più, strumenti di indagine non strutturati. Parlare di ricerca qualitativa fenomenologica significa ridefinire un campo di indagine e interrogarsi sulla funzione svolta dalla fenomenologia. Ma cos'è la fenomenologia? La fenomenologia è "lo studio di ciò che appare", letteralmente, è la capacità di mettere tra parentesi ogni oggetto e ridurlo ad un fenomeno, ragion per cui essa rappresenta una continua ricerca, una continua elaborazione del pensiero, un'indagine interminabile. Il suo iniziatore, Edmund Husserl, afferma che la cultura legata a forme di indagine positivistiche e naturalistiche si sia imbattuta in errori teoretici che hanno portato verso un atteggiamento di oggettivizzazione del mondo, della natura, dello stesso uomo. Le sensazioni, i colori, i suoni, le percezioni tattili hanno definito in modo superficiale l'uomo, la natura, il mondo. La ricerca fenomenologica è ricerca d'essenza (dell'eidos). Nel 1929, nelle Meditazioni cartesiane, Husserl afferma che la fenomenologia ha l'obiettivo di costituirsi come scienza di essenze, invita ad avvicinarsi all'autenticità dei fenomeni. Occorre prendere i fenomeni così come sono, così come essi si danno, così come si manifestano, comprendere il senso degli eventi nell'ambito esclusivo dell'esperienza vissuta (dell'Erlebnis), il loro luogo originario.

INQUADRAMENTO

Ai candidati che hanno presentato la domanda di partecipazione al corso, nei giorni precedenti ed il giorno prima dell'evento, è giunta una comunicazione, tramite posta elettronica aziendale, per l'invito al corso di formazione, di seguito riportata integralmente. *"La presente per confermare che domani 21 Dicembre, dalle ore 8.00 alle ore 17.30 si svolgerà presso il padiglione Vinci il corso di formazione ECM riservato agli Agenti della Formazione che vengono nominati in esecuzione della Delibera del DG n 2439 del 23-10-2017.*

Il corso, dal titolo emblematico I CARE FORMAZIONE - CORSO DI APPRENDIMENTO PER GLI AGENTI DELLA FORMAZIONE ha lo scopo di creare un tempo di lavoro e di ricerca per ricevere un aggiornamento sul nuovo Regolamento della Formazione e per delineare le funzioni dell'Agente della Formazione. Pertanto il corso sarà articolato in 3 parti. PRIMA PARTE - Il Regolamento della Formazione dei Dipendenti della ASL di Taranto: organizzazione, procedure e strumenti operativi. Presentazioni frontali. A cura degli operatori dell'UOD Formazione. SECONDA PARTE - L'Agente della formazione: potenzialità generativa, competenze specifiche, funzioni, responsabilità. Attività di Cooperative Learning con la partecipazione proattiva di ciascuno dei presenti. TERZA PARTE - I Care Formazione Focus Group in plenaria con la produzione del documento conclusivo da proporre alla Direzione Aziendale per la successiva adozione (anche valido ai fini ECM). Cordialità il Dirigente Responsabile UOD Formazione Donato Salfi".

PRIMA PARTE DELLA GIORNATA

Come dichiarato nel programma del corso di formazione, la prima parte della mattinata è stata caratterizzata da lezioni frontali, dove il responsabile scientifico del corso, dott. Donato Salfi, con i membri dell'UOD Formazione, hanno presentato il regolamento della Formazione dei Dipendenti della ASL di Taranto, illustrando in dettaglio l'organizzazione, le procedure e gli strumenti operativi propri dell'UOD Formazione. È stato brevemente descritto ai discenti l'iter che ha portato alla stesura del regolamento della formazione, con accenni ai confronti svolti con le rappresentanze sindacali ed aziendali. Una parte centrale della mattinata è stata occupata dalla presentazione delle fasi progettuali dei corsi di formazione, soprattutto della macroprogettazione e successivamente della microprogettazione. Si è dato risalto al ruolo che deve, o dovrebbe svolgere, in questo processo l'agente della formazione, sottolineando che il processo formativo, in tutte le sue parti, ha carattere metodologico scientifico, nel senso che si parte dalla definizione di una situazione ex - ante, successivamente si agisce con lo strumento di vera e propria azione formativa, inteso come variabile indipendente e, alla conclusione del processo, si valuta la variabile dipendente. Di seguito viene integralmente presentato, così come letto in

aula, il punto 7, Articolo 28 (Il Sistema della Formazione), del regolamento aziendale della formazione ASL Taranto, che definisce gli Agenti della Formazione. 7. Agenti della Formazione. I direttori delle Strutture Complesse Sanitarie, Tecniche, Professionali e Amministrative individuano operatori o dirigenti che, in possesso di adeguate competenze informatiche e con specifica competenza nel campo della Formazione, oltre a svolgere i compiti istituzionali già assegnati, assicurano tutte le funzioni Tecniche, Amministrative e Organizzative connesse alla Formazione nell'ambito della Struttura di riferimento. In particolare coadiuvano il Direttore della Struttura nell'Analisi dei Bisogni Formativi, nella elaborazione del Dossier Formativo e nella progettazione della formazione da realizzare nella Struttura di competenza; predispongono tutta la documentazione necessaria per l'adozione dell'atto deliberativo di attivazione e per le procedure di accreditamento dei singoli corsi; di norma vengono individuati come coordinatori della segreteria organizzativa e, pertanto, rapportandosi con il direttore responsabile del corso, con il coordinatore scientifico e con il dirigente responsabile della Struttura della Formazione, coordinano le attività propedeutiche di comunicazione, di iscrizione e di organizzazione dell'attività formativa, gestiscono la segreteria organizzativa dei corsi, predispongono tutta la documentazione necessaria per le procedure di chiusura dei corsi. L'individuazione del personale a cui affidare la funzione di "Agente della Formazione" avverrà previo avviso pubblico riservato al personale della Struttura per la quale si pubblica l'Avviso. Tale personale, per gli adempimenti concernenti la formazione, risponde funzionalmente al Dirigente Responsabile della Struttura della Formazione, oltre che al Direttore della Struttura nella quale è incardinato. Altro elemento emerso durante le lezioni frontali è stata una dichiarazione di intenti, volta alla costruzione di un catalogo della formazione, dove illustrare tutti i corsi di formazione preparati dall'UOD Formazione. Altra interessante proposta è stata quella di definire un rivista informativa, in formato digitale, presente nel sito aziendale, sezione formazione, dedicata

alla pubblicazione di tutte le esperienze formative svolte dall'ufficio formazione, contenente anche tutto il materiale didattico eventualmente prodotto. Inoltre, è stata espressa la volontà di costruire appositi elenchi, dove i dipendenti disponibili e con un idoneo Curriculum Vitae si possono proporre quali docenti o tutor dei corsi di formazione aziendale. Nella parte conclusiva della prima parte si è lasciato spazio ai partecipanti per porre delle domande ai relatori, domande che hanno avuto come oggetto la richiesta di delucidazioni su obblighi riferiti alle autorizzazioni per lo svolgimento di attività di docenza, tutoraggio o coordinamento di corsi di formazione (art. 53 D.Lgs. 30-3-2001 n. 165 Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche).

SECONDA PARTE DELLA GIORNATA

Questa parte è il vero cuore dell'esperienza formativa che mi accingo a raccontare. Dopo la pausa pranzo, il gruppo costituito dai discenti e dal formatore, dott. Donato Salfi si è riunito nella sala antistante l'aula magna del padiglione Vinci, spazio predisposto con coppie di sedie, collocate una di fronte all'altra. Il sottoscritto ha subito percepito un clima d'aula decisamente differente, la formalità della lezione svolta nella prima parte della giornata si è diradata, lasciando spazio ad un clima decisamente informale. Mi sono ritrovato seduto di fronte ad una collega di nome Simona, anche lei infermiera che lavora presso il servizio di prevenzione dell'Asl Taranto. Dai commenti che mi giungevano, o che coglievo involontariamente, tutti i partecipanti si sono dichiarati sorpresi e curiosi da questo nuovo assetto d'aula. Gli sguardi erano tutti rivolti inizialmente alle persone conosciute, che magari sono venute insieme al corso, anche io cercavo con lo sguardo la mia collega del distretto Socio Sanitario n. 6, Anna, per vedere con chi e cosa stesse facendo. Il brusio presente in quel luogo non mi ha arrecato fastidio, anzi l'ho percepito come un soffio caldo che mi giungeva al cuore. Poi il conduttore, dott. Donato Salfi, al centro del corridoio, ha alzato un braccio e pian piano il brusio è cessato.

Il dott. Salfi ha cominciato ad illustrarci le attività che dovevamo svolgere, una specie di gioco di società, un gioco di ruoli, riferito al Cooperative Learning. Un gioco di attivazione delle dinamiche gruppali, da realizzare e sviluppare tra i partecipanti, durante il gioco di ruolo svolto in sottogruppi, al fine di stimolare le dinamiche relazionali ed emozionali nei membri dei gruppi, per un processo di apprendimento coinvolgente. Si è voluto, come dichiarato dal conduttore, "capovolgere la piramide" costituendo una leadership diffusa, all'interno del gruppo dei discenti.

IL GIOCO INTERVISTATO-INTERVISTATORE

Ad ogni coppia è stata consegnata una penna ed una cartellina contenente dei fogli di carta bianchi A4, definendo nella coppia due ruoli: A, un giornalista; B, un agente della formazione dell'ASL Taranto. In questa fase io ero il giornalista. Il mandato che ci è stato consegnato è il seguente: siamo del dicembre 2020, voi giornalisti avete l'opportunità di intervistare un agente della formazione dell'ASL Taranto, formato in un corso svolto nel dicembre 2017, e dovete scrivere un articolo giornalistico proprio sul l'agente della formazione. Sei minuti il tempo a nostra disposizione. Dopo un primo momento di esitazione e, non nascondo, di smarrimento alimentato anche dai rumori di fondo provenienti dal resto dei partecipanti, è calato un silenzio assoluto. Mi sono calato nella parte e le domande da rivolgere alla mia "esperta" sono fluite con naturalezza, anche lei si è calata nella parte con facilità. Diseguito, presenterò quello che è emerso dall' intervista, successivamente cercherò di sintetizzare quello che è scaturito dalle interviste svolte dalle altre coppie.

Intervistatore: chi è, cosa fa l'agente della formazione nella tua ASL?

Intervistato: le dico che quello che faccio è frutto di un corso di formazione, interessante e coinvolgente, svolto nel lontano dicembre 2017, dove mi hanno dato le competenze per poter esercitare questa mia funzione. Il mio compito è quello di aiutare il mio direttore di struttura operativa nell'analisi del fabbisogno formativo e nella successiva gestione burocratica ed organizzativa dei corsi di formazione svolti. Mi occupo della rilevazione delle necessità formative di tutto il personale della mia Unità Operativa. Noi utilizziamo un questionario ma gli argomenti vengono discussi anche durante riunioni appositamente organizzate. Qui si decido-

0075

no gli eventi formativi prioritari. Ci ispiriamo al regolamento aziendale della formazione. Quindi mi interfaccio con l'UO Formazione per la realizzazione del corso: definire l'argomento, i tempi, i docenti, dove farlo ecc. Identificati gli argomenti, si decide le modalità di erogazione del corso. Questo rientra nei miei doveri istituzionali, nel senso che non devo chiedere autorizzazione tipo Art. 53. Mi occupo anche dell'inserimento dei neofiti nella mia UO. Si fa un pre test e si prepara un percorso formativo, aiutati dall'UO formazione, con un affiancamento di 3 mesi e poi un post test. Sono coinvolta anche nella gestione dei tirocini degli studenti nella mia UO, qui il mio ruolo è di interfaccia con l'UO Formazione e la sede universitaria di afferenza degli studenti.

Intervistatore: grazie credo che sia tutto chiaro. Ultima cosa, tutte queste attività sono svolte durante il suo lavoro?

Intervistato: sì, come le dicevo, rientra tutto nel mio orario istituzionale. Solo le riunioni nella mia UO o fuori dalla mia UO sono svolte in orario extra lavorativo.

ELABORAZIONE DELLE INTERVISTE

Dopo la presentazione dell'intervista, che mi ha visto coinvolto in prima persona come intervistatore, riportata nel paragrafo precedente, la mia intenzione è quella di costruire uno strumento per illustrare una sintesi dei contenuti emersi dalle interviste svolte dagli altri intervistatori. Tale strumento l'ho voluto pensare come un "setaccio" che filtri tutti i contenuti emersi, dare loro un peso, legato solo alla frequenza con cui si presentano le domande e le risposte, come premesso senza alcun valore di carattere statistico, ma solo esperienziale. E, magari, far emergere qualche elemento inaspettato. Vedi tab. 1. Nella tab. 1 le domande non sono collegate alle risposte, essa è solo una loro classificazione in ordine decrescente di frequenza.

COMMENTO ALLE DOMANDE

Dalla lettura della Tab. 1, si evince che ai primi posti, si collocano quelle domande poste dall'intervistatore, che mirano a definire la funzione dell'A.F. "Cosa fa e chi è l'A.F.", sono domande presenti in tutte le interviste. Con un punteggio di 14 domande,

si colloca la domanda "come raccoglie i fabbisogni formativi?" quindi una grossa funzione percepita dai partecipanti è rivolta al fare, cioè alla rilevazione dei dati che serviranno per definire il fabbisogno formativo. "Come si approccia ai suoi colleghi?" punti 13; anche le domande che fanno riferimento alla nuova collocazione all'interno delle dinamiche relazionali lavorative, occupano una posizione rilevante. "Dove e quando svolge i suoi compiti di AF?" punti 13; anche il dove e il quando svolge i suoi compiti, è oggetto di particolare interesse da parte dell'intervistatore. Negli ultimi posti di questa classifica si collocano le domande che fanno riferimento alle difficoltà che si incontrano nello svolgere il ruolo di AF, quali sono le motivazioni che ti spingono a fare queste cose. Addirittura spingendosi fino a chiedere quale è il tuo più grande progetto.

COMMENTO ALLE RISPOSTE

"Esercita la sua funzione di AF nella UO, dove continua le sue attività istituzional" con punti 16, è la risposta presente in tutte le interviste. Al secondo posto, con 14 punti, si collocano una serie di risposte, sempre legate al fare, ma con riferimento preciso al mandato istituzionale che l'UO formazione ha conferito loro, tramite un corso di formazione o un atto deliberativo ad hoc. Anche il lavorare in stretta collaborazione con il direttore di UO è una risposta con elevato punteggio. Al centro della tabella, con punteggi che vanno dal 10 all' 8, troviamo risposte riferibili all'attività di raccolta dati, con un questionario, coinvolgo i miei colleghi nell'esprimere un bisogno formativo, e le competenze che deve avere un AF. Scendendo nella scala dei punteggi, compaiono risposte legate alle difficoltà dell'esercitare il ruolo di AF, specie in rapporto agli impegni lavorativi già gravosi. Altro punto è legato alle motivazioni che spingono a fare l'AF, spesso legate ad un ideale di servizio, che lo vede coinvolto in prima persona nel "migliorare la realtà dove lavora". Quindi un coinvolgimento personale nel porre rimedio alle criticità lavorative percepite come affrontabili, anche se con difficoltà, in un sistema organizzativo che può dare risposte con il supporto di professionisti competenti, provenienti dall'UO formazione aziendale.

CAMBIO DELLE COPPIE

Poi il formatore ha dato nuove istruzioni: ha fatto alzare e cambiare di posto gli intervistatori, dando altri sei minuti di tempo. Mi sono ritrovato a svolgere il ruolo di intervistato. In questa fase del gioco di ruolo, le cose sono cambiate, passare da intervistatore ad intervistato mi ha fatto sentire meno impre-

Domande poste dall'intervistatore	Quante volte nelle diverse coppie	Risposte	Quante volte nelle diverse coppie
Chi è e cosa fa l'A.F.?	15	Esercita la sua funzione di AF nella UO dove continua le sue attività istituzionale	16
Quali strumenti utilizza?	15	Ha un mandato istituzionale	14
Come raccogli i bisogni formativi?	14	È stato formato con un corso ad hoc	14
Quale i suoi obiettivi?	10	Lavora con il Direttore di UO	14
La sua missione quale è?	10	Opera come figura di congiunzione tra la propria UO e l'UO formazione	13
Dove e quando svolge i suoi compiti di AF?	13	Raccoglie i bisogni formativi con un questionario	10
Come si approccia ai suoi colleghi?	9	Coinvolgo i miei colleghi nell'esprimere un bisogno formativo	10
È un lavoro impegnativo?	9	Ha competenze relazionali, organizzative e informatiche	10
Quali sono le criticità che deve affrontare?	8	Il mio ruolo di AF è molto impegnativo per turni di lavoro, conflitti con i colleghi ecc	8
Cosa l'ha spinto a diventare A.F.?	7	Maggiori difficoltà nell'incentivare i miei colleghi nel portare avanti progetti formativi. L'attività burocratica e semplice, perchè già schematizzata	7
In quale UO svolge il suo lavoro?	6	Raccoglie i bisogni formativi con una intervista	5

Tabella 1 - Elaborazione delle interviste

parato sulle risposte che dovevo dare. Ero reduce da una prima esperienza, in cui potevo far tesoro delle risposte che mi aveva dato la mia intervistata. Le domande che mi sono state poste, sorprendentemente, erano molto simili a quelle che ho posto io come intervistatore. L'intervista è trascorsa in modo fluente, mi sono ritrovato maggiormente coinvolto nell'esplicitare al mio interlocutore cosa faccio per motivare i miei colleghi, nel renderli partecipi di questo processo, di cui sono stato incaricato. Quindi, non solo presentare le mie attività di tipo burocratico organizzativo e di interfaccia tra la mia UO e l'UO formazione, che involontariamente presupponevo il mio interlocutore conoscesse bene. Improvvisamente, nella sala è calato il silenzio. Il formatore, con un braccio alzato, ha attratto la nostra attenzione e tutti abbiamo compreso che il tempo a nostra disposizione era terminato.

TERZA PARTE REDAZIONE DELL'ARTICOLO

Il formatore, una volta catturata la nostra attenzione, ha dato nuove istruzioni del gioco di ruolo. Ormai mi sono sentito totalmente coinvolto nella parte di giornalista, ma, dai commenti che percepivo nella stanza, anche gli altri partecipanti si sono totalmente calati nella parte. La conduzione geniale del gioco, da parte

del nostro formatore, è stata la vera calamita che ci ha trascinati nella parte. Non nascondo che il confronto diretto con gli altri partecipanti in queste dinamiche così coinvolgenti ha fatto vibrare e solleticare le corde della mia emotività. Ora passiamo alla terza parte del gioco. Le indicazioni che ci sono state date prevedevano la disposizione in gruppi da quattro persone: il facilitatore; chi gestisce il tempo; l'osservatore; e l'ultimo rimasto, io nel mio gruppo, il redattore dell'articolo giornalistico. Tempo a disposizione diciotto minuti. Subito ci siamo messi a lavoro. Per prima cosa il nostro incaricato della gestione del tempo, un ingegnere, ha definito in dettaglio i tempi a nostra disposizione per: illustrare il risultato delle nostre interviste; discussione; stesura dettagliata della scaletta; successivamente elaborazione del nostro articolo giornalistico. Il suo bagaglio culturale, la sua forma mentis, si è fatta subito notare. Ma per me, proveniente da una formazione più umanistica, è stata un'ottima indicazione, una scansione del tempo che ha permesso al gruppo di portare a termine il compito positivamente. Anche il resto del gruppo ha accettato di buon grado le sue indicazioni. Il nostro articolo è stato intitolato: "Formazione, la voce del nucleo operativo".

Trascorsi i diciotto minuti a nostra disposizione, dopo un intenso e discusso lavoro, l'articolo è pronto.

PRESENTAZIONE IN PLENARIA DEGLI ELABORATI

Il conduttore ci ha inviato a ritornare nell'aula magna dell'auditorium, ed ha invitato i redattori dell'articolo a prendere posto sul palco, per presentare i lavori. Io ero tra questi e non nascondo la mia emozione e nello stesso tempo la mia voglia ed energia di far fare bella figura al mio gruppo, e presentare il nostro lavoro, svolto con fatica, coinvolgimento ed entusiasmo. Siamo in sette sul palco, tutti redattori dell'articolo, frutto del lavoro dei nostri gruppi, rappresentanti dei nostri compagni di avventura. Ma procediamo con ordine. Il primo relatore, sulla sinistra del palco, inizia la sua presentazione. Ad esso succedono gli altri relatori. Tutti hanno dato un nome al loro elaborato. Quello che mi ha colpito maggiormente, non è stato il titolo del nostro articolo, ma quello dato da un altro gruppo, credo sia stato il quarto dei lavori presentati, dal titolo: *"ASL Taranto, operazione agenti 007 della formazione"*. Mi è talmente piaciuto, che ho deciso di usarlo come titolo della presente relazione. Mentre ero sul palco, il formatore dott. Donato Salfi, mi ha incaricato di pensare ad una sintesi di questa esperienza formativa ed una elaborazione dei lavori svolti. Il mio mandato inizialmente mi ha lasciato un po' dubbioso sul lavoro da svolgere. Ma quasi subito, durante la presentazione degli altri articoli, mi è venuta l'idea di elaborare il presente lavoro come un report di una ricerca qualitativa, appunto come sto facendo. Finora il lavoro è proceduto speditamente, anzi devo dare un freno a tutte le idee che mi vengono in mente.

ELABORAZIONE DEGLI ARTICOLI PRESENTATI IN PLENARIA

In questa parte del mio racconto, voglio presentarvi una elaborazione dei lavori illustrati in plenaria. Come detto, sono tutti articoli giornalistici, degli scoop. Per iniziare, mi sono chiesto che cosa è uno scoop?. Subito su Wikipedia, per scoprirne il significato, che vi riporto testualmente. *"Lo scoop (dall'inglese scoop) è una notizia giornalistica particolarmente sensazionale in quanto pubblicata da un mezzo d'informazione per la prima volta, in anticipo sui concorrenti. Una notizia potrebbe avere la caratteristica di scoop se mette in risalto contraddizioni tra un avvenimento e la sua versione ufficiale, mediante la ricerca di prove documentate, oppure se fa conoscere al pubblico notizie nascoste (perché potrebbero mettere in discussione pote-*

ri o mansioni di responsabilità)". Come detto tutti gli articoli hanno un titolo, dove i partecipanti hanno cercato di gridare al sensazionalismo, allo scoop appunto. Eccone alcuni: *"Formazione, la voce del nucleo operativo"; "ASL Taranto, operazione agenti 007 della formazione"; "da professionisti della realtà ad Agente, chi è?"; "cos'è l'Agente della Formazione"; "Report: chi è l'Agente della Formazione?"; "Intervista ad un Agente"; "L'Agente della Formazione"*. A titolo di esempio ne riporto due integralmente, non per esaltarne i contenuti, seppur importanti, ma per illustrare il taglio giornalistico che i partecipanti hanno conferito all'elaborato. Questo nel pieno spirito del mandato ricevuto, durante il *role playing*. Tutti gli articoli sono partiti dall'illustrazione delle attività che compie l'AF, come ha ricevuto il suo mandato, come è stato formato, quali sono i rapporti con il direttore di struttura di appartenenza, con i propri colleghi e con l'UO Formazione. Quindi dalla definizione di una cornice esperienziale legata al *"sapere"* ed al *"saper fare"*. Questa sfera di saperi e competenze è similmente presente negli elaborati prodotti dai lavori di gruppo svolti in precedenza, durante le interviste fatte in coppia, all'AF esperto. Dalla attenta lettura degli *"scoop"*, presentati in plenaria, si fa strada un nuovo elemento pregnante, cioè il valore legato all'AF come facilitatore, come leva di stimolo motivazionale dei propri colleghi. Riporto alcuni brani presenti negli articoli: *"... ruolo di volano della motivazione, perché capta le esigenze formative sorte dal basso, botton – up"; "... soddisfatto di quello che fa, è l'addetto alla motivazione, ama tutto ciò che è conoscenza"; "... coinvolge i suoi colleghi.."*. Dopo la presentazione di cosa fa l'AF, dalla definizione del suo ruolo di rilevatore del fabbisogno formativo, di collaboratore con il direttore di UO e con i propri colleghi, di interfaccia con l'UO Formazione, di attento applicatore di quello che è riportato nel manuale aziendale della formazione, delle difficoltà che incontra, si fa strada il suo ruolo di motivatore dei propri colleghi. *Volano della motivazione*, viene definito. Si passa dal saper fare al saper essere un AF. Ed ecco chiuso il cerchio con l'eidos, l'essenza, come cuore di una ricerca qualitativa di tipo fenomenologico. Sembra emergere una maggiore consapevolezza del ruolo dell'AF, un rapporto valoriale legato all'AF come agente del cambiamento, che può essere realizzato della propria realtà lavorativa. Anche le criticità ed i dubbi legati all'esercizio del ruolo sono emersi in forma più o meno velata. Frasi

scritte o pronunciate oralmente durante i lavori, sono molto indicative del fenomeno: *"Maggiori difficoltà nell'incentivare i miei colleghi nel portare avanti progetti formativi. L'attività burocratica è semplice perché già schematizzata"; "... si ma con i turni ed il nostro lavoro impegnativo, dove trovo il tempo per fare queste cose ..."; "ma ci pagheranno per fare l'AF?"; "quanto guadagna un AF?"; "... mi ascolteranno i miei colleghi ed il mio direttore?..."*.

CONCLUSIONI

Il racconto che vi ho proposto ha carattere narrativo, esperienziale e personale. Come dichiarato, questo report ha voluto intenzionalmente presentare il punto di vista di un partecipante ad una esperienza formativa, quella del sottoscritto. Tutto questo, senza la pretesa di riportare in modo oggettivo e dettagliato tutto quello che si è detto e fatto durante l'esperienza formativa. Tanto meno, non si è voluto creare una elaborazione allo scopo di compiacere gli erogatori e i fruitori del corso. Lo scopo dichiarato è stato quello di raccontare un'esperienza così come è. Come i fatti, il fenomeno si è svolto ed è stato percepito e narrato da un partecipante. La guida metodologica scelta è stata quella della costruzione di un report di una ricerca qualitativa di tipo fenomenologica. Dalla narrazione dell'esperienza, sono emersi molti elementi utili, come stimolo per ulteriori riflessioni di tipo metodologico, di indagine e, soprattutto di azioni, che potranno essere intraprese per supportare gli AF nel loro esercizio del ruolo, all'interno della nostra organizzazione. A titolo di esempio, dato che motivare i propri colleghi è percepito come un elemento fondamentale dall'AF, si potrebbero costruire dei percorsi formativi, dove apprendere come motivare i propri colleghi. La conduzione magistrale del percorso formativo ha portato i partecipanti, tramite l'utilizzo di strumenti andragogici attivi, alla iniziale maturazione della consapevolezza del ruolo e delle funzioni dell'AF. Ho percepito, e credo anche gli altri discenti, il passaggio da che cosa fa l'AF a chi è l'AF. Quindi un passaggio di consapevolezza dal sapere al saper essere. Altro elemento, che a mio giudizio è stato di grande supporto per i discenti, è stato il fatto che, intenzionalmente o meno, noi discenti ci siamo sentiti scriturati, coinvolti e parte attiva di un progetto elaborato dall'UO formazione, per renderci quasi parte dello staff dell'UO formazione. Un elemento indispensabile per la realizzazione di progetti formativi. Questo tramite un vero e proprio processo di inculturazione, affiliazione, che ci è stato proposto dall'UO formazione. Anche in questo caso voglio riportare una frase

molto incisiva del nostro formatore, rivolta ai membri dello staff dell'UO Formazione: *"cosa dite li abbiamo ingaggiati?"*. Come a rimarcare con forza il nostro *"coinvolgimento personale in un patto"*, di mutuo aiuto, di collaborazione, tra noi AF, rappresentanti del nucleo operativo e l'UO formazione aziendale. Spero che il lavoro svolto sia l'incipit per noi AF, e che il necessario supporto operativo, emozionale e motivazionale ci venga costantemente garantito dall'UO formazione. Le aspettative del gruppo sono elevate, basterà una piccola cura costante, al fine di costituire una rete di Agenti della Formazione, realmente efficace all'interno della nostra ASL. Per concludere, credo che l'obiettivo prefissato dal titolo stesso del corso: *"I CARE FORMAZIONE - CORSO DI APPRENDIMENTO PER GLI AGENTI DELLA FORMAZIONE"*, sia stato pienamente raggiunto. Un plauso particolare va al nostro formatore, il dott. Donato Salfi ed a tutto lo staff dell'UO Formazione, per la presentazione, realizzazione e concretizzazione dell'eidos, nell'atto formativo. ◀

@ Bibliografia e sitogr@fi@

- Bichi R., La conduzione delle interviste nella ricerca sociale, Carocci, Roma 2007
- Burns R., Introduction to Research Methods, London 2000
- Callieri B., Fenomenologia dell'attesa. Ricerche di psicologia, 18, 16-31. Franco Angeli, Milano 1981
- Carelli G., Il cerchio e la bilancia, l'oggetto e gli strumenti della valutazione obiettiva, presentazione di Enzo Spaltro, psicologia delle organizzazioni, Franco Angeli, Milano 1994
- Chito Guala, I sentieri della ricerca sociale. La nuova Italia Scientifica, Roma 1995 Corrao S., Il Focus Group, Franco Angeli, Milano 2005
- Punch K. Introduction to Social Research: Quantitative and Qualitative Approaches, London, Sage 1998
- Regolamento della Formazione, ASL Taranto, gennaio 2017
- Ronzon F., Sul Campo, Meltemi, Roma 2008
- https://it.wikipedia.org/wiki/Metodo_qualitativo
- <http://www.stateofmind.it/2016/09/ricerca-qualitativa-e-quantitativa/>

PREVENZIONE DELLA POLMONITE ASSOCIATA A VENTILAZIONE ARTIFICIALE

Bronco-aspirazione

a circuito chiuso **VS** circuito aperto

Dottressa Monica Cardelicchio

Infermiera Distretto Unico ASL Taranto

Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

L'aspirazione tracheo-bronchiale è una componente dell'igiene bronchiale che consiste nella rimozione meccanica dall'albero bronchiale, per mezzo di una fonte aspirante e di un sondino inserito nelle vie aeree tramite una via naturale (Bocca, Naso) o artificiale (Stoma, Protesi respiratorie), di secrezioni bronchiali, vomito o sangue. Questa tecnica costituisce un momento assistenziale di primaria importanza poiché garantisce la pervietà delle vie aeree, riducendo la stasi delle secrezioni tracheo-bronchiali [1]. Considerando che la pervietà del tubo di respirazione e la rimozione delle secrezioni dallo stesso è molto importante per evitare lo sviluppo di infezioni polmonari, si è voluto indagare se le tecniche di broncoaspirazione utilizzate potevano influire sullo sviluppo di polmonite associata a ventilazione artificiale.

OBIETTIVO. Esistono evidenze scientifiche in termini di prevenzione di sviluppo di polmonite associata a ventilazione artificiale, utilizzando un metodo di bronco-aspirazione a circuito chiuso vs un metodo di bronco-aspirazione a circuito aperto, in pazienti intubati connessi ad un respiratore automatico?

METODI. La ricerca è stata effettuata consultando le seguenti banche dati (BD): COCHRANE, CINAHL, MEDLINE e EMBASE.

RISULTATI. La comparazione dei due tipi di broncoaspirazione non è risultata a favore né dell'uno né dell'altro quanto alla riduzione delle infezioni nosocomiali da polmonite associata a ventilazione meccanica.

KEY WORDS. Suction open and closed, Mechanical ventilation, Suction endotracheal system, Suction.

INTRODUZIONE

La broncoaspirazione ha lo scopo di rimuovere le secrezioni presenti nell'albero respiratorio, mantenere la pervietà delle vie aeree, migliorare la funzionalità respiratoria della persona [2]. È effettuata in base alla diagnosi di "incapacità, da parte del paziente, di rimuovere le secrezioni bronchiali presenti nell'albero respiratorio" [3]. L'aspirazione endotracheale impone all'infermiere di mettere in campo tutta la propria attenzione e competenza professionale al fine di riconoscere una serie di condizioni, che pongano l'indicazione a procedere, quali: la presenza di secrezioni visibili nel tubo, i gorgoglii durante il respiro, l'aumento della pressione nelle vie aeree, la diminuzione della saturazione di ossigeno. L'analisi del loop flusso/volume può darci un'indicazione sulla presenza o meno di secrezioni ed è un indicatore più affidabile dell'analisi clinica, ma è legata al livello di conoscenza dell'operatore e non

essente da artefatti. L'esecuzione dell'emogasanalisi può dare ulteriori informazioni su un eventuale peggioramento dei valori arteriosi dei gas nel sangue. La maggior parte dei parametri, presi in considerazione, partono dall'osservazione del deterioramento di un indice relativo al monitoraggio respiratorio o alla valutazione clinica del paziente. In molte realtà la broncoaspirazione di routine è considerata la pratica più sicura, ma può sottoporre il paziente senza secrezioni ad aspirazioni non necessarie. La broncoaspirazione è una procedura potenzialmente dannosa: le complicanze, che si possono verificare, vanno dall'ipossiemia indotta dall'aspirazione, al trauma delle mucosa tracheale o bronchiale, alle aritmie cardiache fino all'arresto sia cardiaco che respiratorio [4]. Si possono verificare atelectasie polmonari, broncospasmo, emorragia polmonare, ipertensione o ipotensione arteriosa [5]. Senza contare che, se da un lato la broncoaspirazione riduce l'incidenza di VAP [6,7] - dall'altro i sondini utilizzati per questo fine rappresentano una delle vie primarie per l'introduzione di batteri nell'albero polmonare. Sarebbe utile essere dotati di un device capace di diagnosticare la presenza di secrezioni bronchiali per effettuare precocemente broncoaspirazioni mirate nei pazienti in condizioni critiche, evitando le broncoaspirazioni non necessarie o tardive. Il sistema di monitoraggio (Tba Care®) consente all'infermiere di controllare il livello sonoro delle secrezioni tracheobronchiali, riconoscendone l'ampiezza quando queste sono presenti nelle vie aeree. La presenza di secrezioni tracheobronchiali è rivelata da un suono discontinuo sincronizzato con la spia luminosa; sia il suono che la luce intermittente aumentano di intensità proporzionalmente all'aumento delle secrezioni. Inoltre è possibile l'auscultazione diretta dei suoni polmonari grazie alla presenza delle cuffie stereo [8]. È importante evitare le broncoaspirazioni non necessarie o quelle tardive. L'aspirazione endotracheale non può essere eseguita in maniera routinaria, impone all'infermiere di mettere in campo tutta la propria competenza professionale ed attenzione, al fine di riconoscere una serie di condizioni che permettono di procedere (quali la presenza di secrezioni visibili nel tubo, i gorgoglii durante il respiro, l'aumento della pressione nelle vie aeree, la diminuzione della saturazione di ossigeno). Considerando questa riflessione, il nostro quesito di ricerca si è orientato verso la necessità di reperire evidenze scientifiche sulle conseguenze a livello infettivo nell'uso del sistema di aspirazione aperto con catetere monouso e quanto sterile, rispetto a quello chiuso.

Circuito aperto



È prevista la deconnessione del paziente dal ventilatore ed è raccomandato l'uso di cateteri sterili monouso.

Circuito chiuso



Il sistema chiuso è completo di raccordi per la connessione del paziente al tubo oro-tracheale o alla cannula tracheotomica e al ventilato-

re; contiene già il sondino di aspirazione; vi è una riduzione di aspirazione di O₂ e di perdita di pressione, con conseguente riduzione del rischio di ipossie e aritmie, di svolgere la manovra in minor tempo, di non indossare dispositivi di protezione individuale (quindi minor rischio di contaminazione del personale e ambientale) se non i guanti non sterili. Non vi sono indicazioni chiare sui tempi di sostituzione (ogni 24 h o quando clinicamente indicato).

In sintesi i sistemi chiusi hanno il **vantaggio** di [9]: ridurre l'aspirazione di ossigeno durante la manovra, la perdita di pressione dovuta alla deconnessione dei circuiti quindi l'ipossia e le conseguenti aritmie; eseguire la manovra in minor tempo; non dover indossare necessariamente i dispositivi di protezione in quanto il sistema è collegato al circuito ventilatorio; ridurre la contaminazione dell'ambiente dovuta alla deconnessione del circuito respiratorio del paziente; poter utilizzare guanti monouso non sterili poiché il catetere è rivestito da una guaina trasparente. Hanno lo **svantaggio** di: avere un costo alto per la necessità di sostituire il dispositivo ogni 24 ore (o secondo le indicazioni del fornitore) anche se non è stata dimostrata la necessità di sostituzioni così frequenti; essere meno efficaci nel rimuovere le secrezioni perché viene aspirata l'aria erogata dal ventilatore; aumentare i livelli di pressione positiva di fine espirazione durante l'inserimento del catetere; il sistema chiuso può interferire con la regolazione del ven-

tilatore se si sceglie la modalità volume-garantito regolato a pressione (è una tipologia di ventilazione attraverso la quale il paziente raggiunge il volume ventilatorio attraverso una pressione espressa in cmH₂O impostata sul ventilatore polmonare).

RICERCA BIBLIOGRAFICA E ANALISI ARTICOLI SELEZIONATI

Dalla ricerca effettuata sono stati analizzati diversi articoli. Solo 5 sono risultati pertinenti al nostro studio. Nel primo articolo (Critical Care Medicine 2005 Jan) [10] troviamo uno studio randomizzato e controllato (livello di evidenza pari 1 a. Vedi tab.1) eseguito nel periodo del 1 Ottobre 2002 a 31 Dicembre 2003. Lo scopo dello studio è quello di analizzare la prevalenza delle polmoniti associate a ventilatore, (VAP) confrontando l'uso di un sistema di aspirazione a circuito chiuso con uno a circuito aperto. La selezione del campione è stata casuale e anche la tecnica di aspirazione sistema aperto o sistema chiuso è stata affidata al caso. I pazienti sono stati scelti al momento dell'intubazione e sottoposti ad aspirazione con uno dei due diversi sistemi. Entrambi i gruppi di pazienti utilizzano lo stesso circuito di umidificazione ed entrambi i gruppi hanno ricevuto identiche misure di prevenzione per la polmonite nosocomiale: nessun cambio routinario del circuito ventilatorio; evitare contaminazione tra pazienti; posizione semi seduta; NE in infusione continua; valutazione del ristagno gastrico periodica; ranitidina come profilassi dalle ulcere da stress; lavaggio del cavo orale; nessuna decontaminazione digestiva selettiva; nessuna aspirazione in continuo delle secrezioni subglottidee. Oltre a comparare i due sistemi di aspirazione chiuso e aperto sullo sviluppo di VAP, si sono anche valutati i costi per paziente al giorno per ciascun metodo di aspirazione, (n. di aspirazioni x il costo di ogni aspirazione, dividendo per i giorni di ventilazione).

I soggetti dello studio sono: pazienti che richiedono una ventilazione meccanica per più di 24 ore, ricoverati in Terapia Intensiva. Lo studio è stato condotto nell'Unità di Terapia Intensiva delle Isole Canarie nell'Ospedale Universitario di Tenerife (Spagna). Sono stati inclusi nello studio un totale di 443 pazienti, 210 sottoposti ad aspirazione con sistema chiuso e 223 sottoposti a sistema aperto. Per quanto riguarda lo studio delle variabili: età, sesso, gruppo di diagnosi, mortalità, numero di aspirazioni al giorno e punteggio di APACHE II, non ci sono significative differenze tra i due gruppi. Non è risultata alcuna differenza significativa per

quanto riguarda la percentuale di sviluppo di VAP tra i due metodi di aspirazione né per la densità di incidenza (Sistema a circuito chiuso = 0.95% vs sistema a circuito aperto = 0.86%, p = 0.99). Non è risultata differenza nell'incidenza di VAP esogene, non si sono rivelate differenze nei microrganismi responsabili delle polmoniti. I costi generali, per paziente sottoposto ad aspirazione con sistema chiuso, sono più elevati rispetto al sistema di aspirazione aperto (p<0.001). Concludendo, si evince che il circuito di aspirazione chiuso non riduce l'incidenza delle VAP confrontato con un sistema a circuito aperto, inoltre risulta più costoso.

Il secondo studio [11] randomizzato e controllato, (livello di evidenza pari 1 a. Vedi tab.1) eseguito tra il 1 Aprile del 2000 e il 31 Agosto del 2001 in un'Unità di Terapia Intensiva del Dipartimento di Medicina Interna, dell'Ospedale Universitario di Ankara, Turchia, confronta sempre l'effetto dei sistemi di bronco-aspirazione a circuito chiuso, contro un sistema a circuito aperto sullo sviluppo di polmonite associata a ventilatore. I pazienti inclusi nello studio sono quelli sottoposti a ventilazione meccanica per più di 48 ore. Nello studio sono stati inclusi 78 pazienti, 37 sono stati sottoposti a bronco-aspirazione con sistema aperto e 41 sono stati sottoposti a bronco-aspirazione con sistema chiuso (p = 0.47). La variabile, che considera l'età e la diagnosi di ricovero, mostra che i pazienti che hanno ricevuto bronco-aspirazione con sistema aperto sono leggermente più vecchi e maggiormente affetti da malattie metaboliche rispetto ai pazienti che hanno ricevuto bronco-aspirazione con sistema chiuso. Non ci sono differenze significative tra i due gruppi di studio: hanno sviluppato VAP 28 pazienti sottoposti a bronco-aspirazione con sistema chiuso e 21 pazienti sottoposti a bronco-aspirazione con sistema aperto. Non ci sono differenze significative nello sviluppo di VAP, né per la frequenza, né per la mortalità. Per quanto riguarda il tasso di colonizzazione del tubo, sono risultati più colonizzati i pazienti che hanno ricevuto una bronco-aspirazione con circuito chiuso rispetto ai pazienti con circuito aperto. I microrganismi isolati Acinobacter supp. e Pseudomonas Auruginosa sono più frequenti nel gruppo di pazienti che hanno ricevuto bronco-aspirazione con sistema chiuso rispetto a pazienti con sistema aperto. In conclusione, questo studio mostra che i tipi di aspirazione endotracheale aperto contro chiuso non hanno effetti sullo sviluppo delle VAP. La colonizzazione del tubo di ventilazione con microrganismi farmaco-resistenti è un fattore di rischio per lo sviluppo di VAP ma non va ad au-

mentare la frequenza di VAP né la mortalità.

Il terzo studio [12] è stato condotto in una Unità di Cura Intensiva del General Hospital di Sao Paulo, Brazil. Su un campione totale di 47 pazienti, 24 sono stati sottoposti ad aspirazione con sistema aperto, dei quali 11 hanno sviluppato infezione polmonare, 23 sono stati sottoposti ad aspirazione con sistema chiuso, dei quali 7 hanno sviluppato infezione polmonare (p = 0.278). Tra i due gruppi non sono risultate differenze significative per quanto riguarda lo sviluppo di VAP. I fattori di rischio fumo, alcolismo, precedenti lunghe malattie, insufficienza renale, diabete mellito non sono fattori significativi per lo sviluppo di VAP nei due gruppi di studio. L'indice di APACHE non è risultato significativo; nei due gruppi di studio c'è omogeneità dello stato di salute dei pazienti presi come campione. Considerando le variabili: steroidi, antibiotici, H₂ antagonisti- emerge che, chi ha fatto uso di questi farmaci ed è stato sottoposto ad aspirazione con sistema aperto, ha più probabilità di sviluppare VAP rispetto a coloro che sono stati sottoposti ad aspirazione a sistema chiuso. In conclusione, in questo studio l'uso di un sistema di aspirazione chiuso non diminuisce né previene lo sviluppo di VAP, quando è comparato con sistema di aspirazione aperto.

Il quarto studio [13] è uno studio randomizzato e controllato (livello di evidenza pari 1 a. Vedi tab.1) eseguito dopo un periodo di sei mesi di istruzione del personale infermieristico sull'utilizzo del sistema di aspirazione chiuso Stericath, condotto in una Terapia Intensiva Neurochirurgia dell'Ospedale Universitario di Grenoble (Francia). I traumi cranici chiusi e gli incidenti cerebro-vascolari sono le principali cause di ammissione in questa Terapia Intensiva. Le analisi statistiche mostrano qualche differenza nel tasso di incidenza delle VAP tra i due gruppi di studio. Nel gruppo aspirato con circuito chiuso viene diagnosticata su 54 pazienti una incidenza di infezione del 7.32 per 1000 giorni paziente contro un'incidenza del 15.89 per 1000 giorni paziente del gruppo aspirato con circuito aperto di 50 pazienti (p=0.07). I microrganismi isolati sono: Escherichia Coli, Staphylococcus aureus meticillino-resistente, Streptococcus D, Hemophilphilus Influenza e Streptococcus pneumoniae. Non ci sono sostanziali differenze tra i due gruppi presi in esame e si rileva un rischio maggiore di sviluppare VAP nel gruppo che ha ricevuto aspirazione con circuito aperto. In conclusione, l'utilizzo di "Stericath" -aspiratore a circuito chiuso- riduce il rischio di incidenza di VAP, rispetto a un sistema ad aspirazione con circuito aperto, senza dimostrare effetti avversi.

Il quinto e ultimo studio [14] prospettico randomizzato e controllato (livello di evidenza pari 1 a. Vedi tab.1) è stato eseguito dal 1 gennaio al 30 settembre del 2004, presso l'Unita di Terapia Intensiva Medico- Chirurgica delle Isole Canarie nell'Ospedale Universitario di Tenerife (Spagna); con lo scopo di valutare il costo e l'incidenza di polmonite associata a ventilazione usando un sistema di aspirazione a circuito chiuso senza cambio giornaliero rispetto un sistema di aspirazione a circuito aperto. Sono stati inclusi nello studio un totale di 457 pazienti, 236 sottoposti ad aspirazione con sistema chiuso e 221 sottoposti a sistema aperto. Per quanto riguarda lo studio delle variabili: età, sesso, gruppo di diagnosi, mortalità, numero di aspirazioni al giorno e punteggio di APACHE II, non ci sono significative differenze tra i due gruppi. Non è risultata alcuna differenza significativa per quanto riguarda la percentuale di sviluppo di VAP tra i due

metodi di aspirazione né per la densità di incidenza. I microrganismi che hanno sviluppato VAP sono: Staphylococcus aureus, Streptococco pneumoniae, batteri gram negativi, funghi (Candida albicans). I costi generali al giorno per paziente sottoposto ad aspirazione con sistema chiuso o aperto non dimostrano sostanziali differenze. Però, si evidenzia che il tempo di esposizione al ventilatore meccanico produce una differenza in quanto se il tempo di esposizione è < di 4 giorni la manovra a circuito chiuso viene a costare di più rispetto a quella con circuito aperto, mentre se l'esposizione al ventilatore meccanico è più lunga di 4 giorni la manovra di aspirazione a circuito chiuso viene a costare meno rispetto al circuito aperto. Concludendo, si evince che il circuito di aspirazione chiuso non riduce l'incidenza delle VAP confrontato con un sistema a circuito aperto e il costo dipende dal tempo di esposizione del paziente al ventilatore.

il sistema a circuito chiuso risulta essere più costoso.

[1] AARC Clinical Practice Guideline: Endotracheal Suctioning of Mechanically Ventilated adults and children with artificial airways. Respir Care 1993; 38: 500-504

[2] American Association for Respiratory Care. Nasotracheal suctioning. Respiratory Care 2004;49:1080-4. www.guideline.gov

[3] NANDA Nursing Diagnoses 2001-2002

[4] Guidelines for the management of adults with hospital acquired, ventilator associated and health-care-associated pneumonia", Am J Respir Crit Care Med., 2005, 171:388, American Thoracic Society Documents. (LG. ATS)

[5] Ewig S, Torres A, El-Ebiary M, Fabregas N, Hernandez C, Gonzalez J, et al. Bacterial colonization patterns in mechanically ventilated patients with traumatic and medical head injury. Incidence, risk factors, and association with ventilator-associated pneumonia. Am J Respir Crit Care Med. 1999;159:188-98

[6] Comprehensive evidence based clinical practice guidelines for Vap: prevention Vap. Vap guidelines committee and the canadian critical care group", J. Critical Care, 2008, 23: 126, J Muscedere et al. (LG. Canadian)

[7] Torres A, Carlet J. Ventilator-associated pneumonia. European Task Force on ventilator-associated pneumonia. Eur Respir J. 2001;17:1034-45

[8] A.Lucchini, E.Asnaghi, V.Doni, G.Pelucchi, S.Villa, P.Tundo, R.Gariboldi, D.Brambilla, F.Tremolada, G.Foti, 'Quando bronco aspirare: nuove tecnologie per la diagnosi', Minerva Anestesiol 2006;72 (Suppl.1 al N.6):99-105

[9] Lorente L, Lecuona M, Jiménez A et al. Tracheal suction by closed system without daily change versus open system. Intensive Care Medicine 2006; 32:538-44

[10] Lorente L, Lecuona M, Martin MM, Garcia C, Mora ML, Sierra A. Ventilator-associated pneumonia using a closed versus an open tracheal suction system Crit Care Med. 2005 Jan;33(1):115-9. PMID: 15644657 [PubMed - indexed for MEDLINE]

[11] A., Harmanci A., Cetinkaya Y., Akdeniz S., Unal S.J. Comparison of the effect of closed versus open endotracheal suction systems on the development of ventilator-associated pneumonia Topeli Hosp. Infect. 2004 58:1 (14-19) EMBASE

[12] A prospective, randomized study of ventilator-associated pneumonia in patients using a closed vs. open suction system. Zeitoun S.S., de Barros A.L., Diccini S.J Clin Nurs 2003 12:4 (484-489) MEDLINE

[13] Combes P., Fauvage B., Oleyer C. Nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients, a prospective randomised evaluation of the Stericath closed suctioning system Intensive Care Med. 2000 26:7 (878-882) EMBASE

[14] Lorente L., Lecuona M., Jiménez A., Mora M.L., Sierra A. Tracheal suction by closed system without daily change versus open system Intensive Care Med. 2006 32:4 (538-544) EMBASE

[15] Maggiore SM. Endotracheal suctioning ventilator-associated pneumonia, and cost: open or closed issue? Intensive Care 2006;32:485-7.

[16] Jongerden IP, Rovers MM, Grypdonck MH et al. Open and closed endotracheal suction systems in mechanically ventilated intensive care patients: A meta-analysis. Critical Care Medicine 2007;35:260-70.

[17] Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for preventing health-care associated pneumonia. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee 2003. www.guideline.gov.



Bibliografia e sitogr@fi@

AARC Clinical Practice Guideline: Endotracheal Suctioning of Mechanically Ventilated adults and children with artificial airways. Respir Care 1993; 38: 500-504

American Association for Respiratory Care. Nasotracheal suctioning. Respiratory Care 2004;49:1080-4. www.guideline.gov

Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for preventing health-care associated pneumonia. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee 2003. www.guideline.gov

Combes P., Fauvage B., Oleyer C. Nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients, a prospective randomised evaluation of the Stericath closed suctioning system Intensive Care Med. 2000 26:7 (878-882) EMBASE

Ewig S, Torres A, El-Ebiary M, Fabregas N, Hernandez C, Gonzalez J, et al. Bacterial colonization patterns in mechanically ventilated patients with traumatic and medical head injury. Incidence, risk factors, and association with ventilator-associated pneumonia. Am J Respir Crit Care Med. 1999;159:188-98.

Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator associated and health-care-associated pneumonia", Am J Respir Crit Care Med., 2005, 171:388, American Thoracic Society Documents. (LG. ATS)

Jongerden IP, Rovers MM, Grypdonck MH et al. Open and closed endotracheal suction systems in mechanically ventilated intensive care patients: A meta-analysis. Critical Care Medicine 2007;35:260-70.

Lorente L, Lecuona M, Martin MM, Garcia C, Mora ML, Sierra A. Ventilator-associated pneumonia using a closed versus an open tracheal suction system, Crit Care Med. 2005 Jan;33(1):115-9. PMID: 15644657 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Lorente L., Lecuona M., Jiménez A., Mora M.L., Sierra A. Tracheal suction by closed system without daily change versus open system Intensive Care Med. 2006 32:4 (538-544) EMBASE

Lucchini A., E.Asnaghi, V.Doni, G.Pelucchi, S.Villa, P.Tundo, R.Gariboldi, D.Brambilla, F.Tremolada, G.Foti, 'Quando bronco aspirare: nuove tecnologie per la diagnosi', Minerva Anestesiol 2006;72 (Suppl.1 al N.6):99-105

Maggiore SM. Endotracheal suctioning ventilator-associated pneumonia, and cost: open or closed issue? Intensive Care 2006;32:485-7.

Muscedere J. et al. (LG. Canadian). Comprehensive evidence based clinical practice guidelines for Vap: prevention Vap. Vap guidelines committee and the canadian critical care group", J. Critical Care, 2008, 23: 126,

Torres A, Carlet J. Ventilator-associated pneumonia. European Task Force on ventilator-associated pneumonia. Eur Respir J. 2001;17:1034-45.

Zeitoun S.S., de Barros A.L., Diccini S.J, A prospective, randomized study of ventilator-associated pneumonia in patients using a closed vs. open suction system. Clin Nurs 2003 12:4 (484-489) MEDLINE

Effectiveness is demonstrated by

1a	Systematic Review (with homogeneity) of Randomized Controlled Trials
1b	Individual Randomized Controlled Trial (with narrow Confidence Interval)
1c	All or nones (met when all patients died before an intervention became available, but some now survive on it; or when some patients died before the intervention became available, but none now die on it)
2a	Systematic Review (with homogeneity) of cohort study
2b	Individual Cohort Study (including low quality Randomized Controlled Trials)
2c	"Outcomes" Research; Ecological studies
3a	Systematic Review (with homogeneity) of case-control studies
3b	Individual Case-Control Study
4	Case-series (and poor quality cohort and case-control studies)
5	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"

CONCLUSIONI

Nessuna raccomandazione può essere effettuata per l'uso preferenziale di un sistema di aspirazione chiuso o l'uso singolo di un sistema aperto per la prevenzione della polmonite [15]. Assenza di raccomandazioni riguardo all'uso di guanti sterili piuttosto che puliti nell'esecuzione dell'aspirazione delle secrezioni respiratorie del paziente. Assenza di raccomandazione riguardo alla frequenza della sostituzione del catetere per aspirazione con sistema chiuso [16]. La tecnica di broncoaspirazione con sistema chiuso ha alcuni vantaggi (anche i Centers for Disease Control and Prevention di Atlanta non hanno fornito raccomandazioni chiare riguardo al rischio di polmonite con sistema chiuso e non raccomandano l'uso preferen-

ziale di un sistema rispetto all'altro [17]): limita la contaminazione ambientale, del paziente e del personale; evita la perdita del volume polmonare; previene il dereclutamento alveolare nei pazienti gravemente ipossici. Non vi sono indicazioni per preferire la tecnica con sistema chiuso rispetto alla broncoaspirazione singola con tecnica aperta. Gli studi fatti per dimostrare quale dei due metodi sia il migliore riguardo al contenimento delle infezioni, non hanno portato in realtà a risultati definitivi. Infatti, concludono tutti che il circuito di aspirazione chiuso non riduce l'incidenza delle VAP confrontato con un sistema a circuito aperto. Questo studio, in particolare, non solo conclude che l'uso dell'una o dell'altra tecnica non ha effetti sullo sviluppo delle polmoniti associate a ventilazione assistita, ma mette in evidenza il fatto che

QUALITÀ E PERFORMANCE IN ARITMOLOGIA INTERVENTISTICA

Dott. Carlo Carfora
Infermiere Villa Verde Taranto

“Qualità e Performance in Aritmologia Interventistica” è il tema dell’evento scientifico svoltosi qualche mese fa, nel palazzo della provincia di Taranto, una due giorni durante le quali si sono confrontate figure professionali di alto profilo della aritmologia pugliese e nazionale. I lavori presentati hanno incluso anche il ruolo dell’infermiere di laboratorio “elettrofisiologico”.

In apertura, l’intervento della **Dott.ssa Maria Rosa Ladiana**, amministratrice della casa di cura Villa Verde di Taranto, e a seguire dal Consigliere Regionale **Dott. Donato Pentassuglia**, che ha sottolineato con chiarezza il bisogno di strutturare una rete aritmologica, in grado di creare dialogo tra territorio e strutture d’eccellenza.

Il primo giorno ha visto anche la partecipazione del Direttore Generale dell’ASL Taranto, **Dott. Stefano Rossi**, che ha sottolineato la necessità di collaborazione tra le varie figure e strutture del territorio.

I relatori della prima giornata hanno proposto dei video che, hanno permesso ai presenti di proiettarsi all'interno di una sala operatoria di elettrofisiologia, rendendoli così partecipi di esperienze vissute e facilitandone così la comprensione.

L'evento più significativo della giornata si è realizzato nel primo pomeriggio quando si sono riunite le due task force dell'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardioritmo (AIAC). La prima "Qualità e Performance in Elettrofisiologia e Terapie Ablative" diretta dal **Dott. Mariano Rillo** responsabile del servizio di aritmologia della Villa Verde di Taranto, la seconda "Qualità e Performance in Cardioritmo", diretta dal Dott. Eraldo Ochetta della cardiologia ospedaliera-universitaria dell'ospedale di Novara. Le task force hanno concluso la sessione, anticipando la stesura di un documento ufficiale e nazionale che l'AIAC proporrà su importanti riviste scientifiche del settore aritmologico. La seconda giornata è stata vissuta con lo stesso spirito della prima. Durante le prime ore l'infermiere **Carlo Carfora**, dell'equipe della sala operatoria di elettrofisiologia della Villa Verde di Taranto, ha parlato del ruolo dell'infermiere in sala, evidenziando quanto, per contenere il più possibile i tempi d'azione, sia opportuna la formazione, per conseguire conoscenze e competenze. Dopo un breve excursus sul ruolo dell'elettrofisiologia cardiaca, che permette attraverso lo studio elettrofisiologico la diagnosi precisa del meccanismo e della sede delle aritmie, si è passati a parlare della flessibilità operativa che vede l'infermiere occuparsi non solo della qualità assistenziale, sicurezza, rassicurazione e supporto del paziente ma anche del controllo della sala operatoria, del materiale e delle varie apparecchiature presenti come il "Poligrafo". L'infermiere impegnato in questo ambito deve avere una grande dimestichezza con bradicardie, tachicardie e complicanze principali che durante un intervento si possono verificare. Le problematiche principalmente trattate sono state l'ipotensione, la dispnea, il sanguinamento da accessi, l'agitazione del paziente e il dolore toracico; in ogni modo si è sottolineato che il riconoscimento precoce di queste implica un abbattimento del tempo di intervento e l'insorgenza di ulteriori complicanze. Si è passati poi ad elencare le principali procedure interventistiche (loop recorder, defibrillatore, pace maker). Queste ultime giocherebbero un ruolo fondamentale per il mantenimento di un'accettabile fun-

zionalità cardiaca e in determinati casi una sicurezza in più nell'utilizzo di farmaci cardiologici, qualora l'aritmia non possa essere eliminata con l'ablazione. L'intervento del relatore ha evidenziato in seguito il ruolo infermieristico durante un'ablazione di una fibrillazione atriale mediante sistema tridimensionale. Si è segnalata una fase pre-operatoria composta da due step, il primo vede l'infermiere impegnato nel controllo di tutto il materiale necessario affinché la procedura si svolga in completa sicurezza (cateteri e introduttori, farmaci, elettromedicali); il secondo atto è rivolto alla preparazione adeguata del paziente una volta giunto in sala operatoria. Con il supporto di un video clip, inoltre, si è sottolineata l'importanza di una traccia elettrocardiografica pulita al poligrafo, una corretta posizione dei patch, un adeguato accesso venoso e una misurazione dell'ACT basale (tempo di coagulazione attivato) per essere consapevoli del valore iniziale, affinché siano adeguati i boli di eparina sodica somministrati al paziente durante la procedura per raggiungere un ACT di circa 300 secondi. Si è evidenziato, così, il ruolo dell'infermiere durante e dopo la procedura, che lo vede impiegato sia a supporto al medico durante il posizionamento dei cateteri all'interno delle camere cardiache e durante l'ablazione sia a sostegno del paziente, per garantirne la tranquillità e l'adeguata assistenza. In conclusione, l'infermiere Carlo Carfora ha sottolineato quanto importante sia la comunicazione tra la figura infermieristica della sala operatoria e quelle del reparto, in modo tale che il paziente possa riprendersi il prima possibile sia l'assistenza fornita nella fase post procedurale sia adeguata. A seguire il **Dott. Pompeo Maggio**, cardiocirurgo dell'unità operativa cardiocirurgica della Villa Verde ha presentato una delle novità in ambito aritmologico-interventista, la tecnica "ibrida", che prevede l'unione della forza cardiocirurgica e quella dell'elettrofisiologo nel trattamento della fibrillazione atriale persistente, chiarendo l'importanza di una procedura che non richiede esposizione del cuore e circolazione extracorporea, ma viene effettuata tramite un taglio di 3 centimetri all'epigastrio, richiedendo solo due giorni di degenza ospedaliera. L'evento si è concluso alle 14.30 del 30 Settembre con l'intervento del Dott. Rillo, che in qualità di presidente del convegno, ha ringraziato i partecipanti, relatori, moderatori ed audience per essere intervenuti e aver toccato temi che hanno ampliato le conoscenze delle diverse figure "scientifico-professionali".

“La stanza della principessa sul pisello”

*Viaggio emozionale oltre la malattia
La narrazione come strumento di cura*



Dott. Cosimo della Pietà - Infermiere ADI
Dott. Angelo Tinelli - Infermiere ADI

ABSTRACT

Il presente articolo vuole presentare una ricerca qualitativa di tipo fenomenologico, condotta al fine di considerare l'esperienza di malattia all'interno delle dinamiche familiari dove un suo membro, in questo caso la moglie, viene assistita al proprio domicilio, e del suo caregiver, nella sua totalità relazionale con vissuti e differenti punti di vista.

Il racconto è frutto delle informazioni raccolte durante una serie di incontri, tenuti nell'arco di quattro mesi, e sarà rielaborato e organizzato sotto forma di intervista non strutturata. I nomi ed i luoghi sono stati dissimulati, non per volere dei soggetti della nostra ricerca, ma come forma di rispetto da parte dei ricercatori verso quelle persone che hanno aperto la porta della loro casa e delle loro emozioni a degli "sconosciuti". A nostro giudizio il diritto alla privacy è un dovuto rispetto a chi ci ha consegnato la sua storia, ed ai fini della nostra ricerca non è essenziale riferire dati circostanziali.

Questa ricerca metterà in evidenza il vissuto del paziente e del suo caregiver (in questo caso affetto da patologia rara invalidante, IBM) all'interno di un contesto familiare di cui il caregiver è parte attiva e integrante. La prima parte affronterà i temi generali della patologia e le basi metodologiche seguite per la realizzazione della ricerca infermieristica di tipo qualitativo fenomenologica; la seconda parte, fulcro del lavoro, sarà dedicata alla fase sperimentale, ricca di informazioni e coinvolgimento emotivo, dove caregiver e ricercatore si racconteranno. Emergerà quanto una sola storia sia in grado di suscitare diverse esperienze emozionali anche nel lettore, tramite l'elaborazione dei quesiti di ricerca qualitativa, che prendono forma da che cos'è questo? O che cosa sta succedendo qui? e riguardano soprattutto i processi assistenziali piuttosto che gli esiti.

Parole chiave: fenomenologia, ricerca qualitativa, caregiver, assistenza domiciliare, vissuti emozionali.

Introduzione. L'obiettivo principale di questo elaborato è quello di sviluppare una capacità di lettura dei bisogni del paziente. Attraverso un racconto di natura esperienziale, che parte dal malato e dalle persone a lei vicine, compreso lo stesso ricercatore, si vuole aumentare il grado di consapevolezza della realtà che si sta indagando; comprendere quali sono i significati attribuiti agli eventi dagli attori sociali coinvolti nel processo del "prendersi cura". Se la persona assistita è il principale soggetto delle cure, anche il caregiver deve essere al centro dell'attenzione, quale necessaria risorsa di sistema da mobilitare, ma da preservare e potenziare innanzitutto.

Le testimonianze raccolte dai soggetti intervistati, delineano la dimensione valoriale della professione; non si vuole considerare l'infermiere in termini stereotipati ma quale professionista portatore di conoscenze, competenze, sensibilità e valori che devono essere riconosciuti al pari di quelli che compongono le rappresentazioni di malattia. In questa prospettiva, la costruzione di un rapporto terapeutico di fiducia diventa uno strumento centrale nell'assistenza, della prospettiva contemporanea e avanzata dell'assistenza "patient centered".

I metodi di ricerca qualitativi. I metodi di ricerca qualitativi hanno cominciato a diventare sempre più importanti come modo di sviluppare le conoscenze infermieristiche per la pratica dell'assistenza basata sulle evidenze. La ricerca qualitativa risponde ad un'ampia varietà di quesiti relativi all'interesse dell'assistenza infermieristica per le risposte umane, attuali e potenziali, ai problemi di salute. Lo scopo di una ricerca qualitativa è descrivere, esplorare e spiegare questi fenomeni.

Il campionamento si riferisce al processo utilizzato per selezionare una porzione della popolazione per lo studio. La ricerca qualitativa si basa generalmente su un campionamento non probabilistico e intenzionale, piuttosto che su un approccio probabilistico o randomizzato. Le decisioni sul campionamento vengono prese con l'esplicito scopo di ottenere la fonte più ricca possibile di informazioni per rispondere ai quesiti di ricerca. Le decisioni di campionamento intenzionale non influenzano solo la selezione dei partecipanti, ma anche le collocazioni, i casi, gli eventi e le attività per la raccolta dei dati.

La ricerca qualitativa generalmente coinvolge campioni di minori dimensioni rispetto a quelli delle ricerche quantitative. Il campionamento nelle ricerche qualitative è flessibile e spesso continua fino a che non emergono nuovi temi dai dati, un punto chiamato saturazione dei dati.

Molte tecniche di raccolta dei dati sono utilizzate nelle ricerche qualitative, ma le più comuni sono le interviste e le osservazioni partecipate.

L'analisi dei dati qualitativi, diversamente dall'analisi dei dati quantitativi, non riguarda l'analisi statistica ma l'analisi dei codici, dei temi e dei modelli nei dati.

Il prodotto delle ricerche qualitative varia in base all'approccio usato. Le ricerche qualitative possono produrre una

descrizione ricca e profonda del fenomeno che stanno studiando o una teoria sul fenomeno. I reports di ricerca qualitativa contengono spesso citazioni dirette dei partecipanti, che forniscono un'illustrazione ricca dei temi dello studio. La ricerca qualitativa, diversamente dalla sua controparte quantitativa, non permette un'inferenza empirica ad una popolazione come intero; piuttosto permette al ricercatore di generalizzare il fenomeno esaminato in una comprensione teoretica.

Ci sono molti tipi diversi di ricerche qualitative, come quelle etnografiche, fenomenologiche, di dimostrazione di teorie, storie di vita e di etnometodologia. Come nelle ricerche quantitative è importante per gli infermieri ricercatori selezionare l'approccio delle ricerche qualitative che potrebbe rispondere meglio al quesito di ricerca.

Approccio fenomenologico alla ricerca infermieristica qualitativa. Lo scopo di un approccio fenomenologico ad una ricerca qualitativa è di descrivere accuratamente le esperienze vissute delle persone e non di creare teorie o modelli del fenomeno in esame. Le origini della fenomenologia sono ritrovabili nella filosofia, in particolare nei lavori di Husserl, di Heidegger e di Merleau-Ponty. Visto che la fonte primaria dei dati è "il mondo della vita dell'individuo in esame", le interviste in profondità sono il modo più valido e autentico per raccogliere i dati. Inoltre, i temi emergenti sono spesso validati insieme ai partecipanti, perché il significato che loro attribuiscono a quelle esperienze vissute è centrale negli studi fenomenologici. La fenomenologia è usata per rispondere al quesito di ricerca: "che cos'è l'esperienza vissuta dalla persona, che ha integrato nella sua vita una malattia". L'approccio fenomenologico è fondamentale per scoprire i significati che i partecipanti assegnano al complesso e dinamico processo di integrare la malattia nella loro vita.

Parlare di ricerca qualitativa fenomenologica significa ridefinire un campo di indagine e interrogarsi sulla funzione svolta dalla fenomenologia. Ma cos'è la fenomenologia?

La fenomenologia è "lo studio di ciò che appare" letteralmente, è la capacità di mettere tra parentesi ogni oggetto e ridurlo ad un fenomeno, ecco perché essa rappresenta una continua ricerca, una continua elaborazione del pensiero, un'indagine interminabile.

Il suo iniziatore, Edmund Husserl, afferma che la cultura legata a forme di indagine positivistiche e naturalistiche si è imbattuta in errori teoretici che hanno portato verso un atteggiamento di oggettivizzazione del mondo, della natura, dello stesso uomo.

Le sensazioni, i colori, i suoni, le percezioni tattili hanno definito in modo superficiale l'uomo, la natura, il mondo. La ricerca fenomenologica è ricerca d'essenza (dell'eidos).

Nel 1929 nelle Meditazioni cartesiane Husserl afferma che la fenomenologia ha l'obiettivo di costituirsi come scienza di essenze, la fenomenologia invita ad avvicinarsi all'autenticità dei fenomeni. Occorre prendere i fenomeni così come sono, così come essi si danno, così come si manifestano, comprendere il senso degli avvenimenti nell'ambito esclusivo dell'esperienza vissuta (dell' Erlebnis), il loro luogo originario. Il fenomeno si offre come dato immediato.

Se i fenomeni devono giungere solo ed esclusivamente nei limiti e nei modi in cui si danno, allora è necessario sfrondate gli stessi dalle concrezioni teoriche e dalle ovvietà che dominano la scena (ci riferiamo alle leggi metafisiche e razionalistiche che danno un senso di eccesso al fenomeno).

La Miosite da corpi inclusi (IBM). Essa è una malattia infiammatoria degenerativa, lentamente progressiva, della muscolatura scheletrica, caratterizzata da debolezza o addirittura atrofia dei quadricipiti o dei flessori delle dita delle mani, con conseguenti cadute e difficoltà nel rialzarsi dalla sedia o dal suolo, nel camminare sulle scale, nell'afferrare, alzare e usare gli oggetti, fino alla completa perdita della funzionalità di tutti i muscoli. Non è disponibile un trattamento risolutivo per la IBM. I pazienti di solito non rispondono alle terapie anti-infiammatorie o immuno-modulatorie. I trattamenti sintomatici comprendono gli esercizi fisici, l'ergoterapia e i dispositivi ortopedici.

Le miositi sono malattie infiammatorie autoimmuni croniche della muscolatura striata, e talora della cute, ad eziologia sconosciuta, che appartengono alla categoria delle connettiviti. Il gruppo "storico" comprende, oltre alla Dermatomiosite [DM] (dal greco: infiammazione di pelle e muscolo) e alla Polimiosite [PM] (= infiammazione di molti muscoli) dell'adulto, le forme giovanili (con insorgenza non oltre i 17 anni), la miosite associata ad altre connettiviti e la forma associata a neoplasie. Oltre a queste, negli ultimi anni sono state individuate altre forme: la Miosite da corpi inclusi (chiamate così per i caratteristici riscontri biotipici), ad insorgenza senile e con andamento subdolo, la sindrome anti sintetetica, caratterizzata dalla presenza di specifici anticorpi e accompagnata da un quadro clinico caratteristico e la Dermatomiosite amiotopica che a fianco del caratteristico quadro cutaneo non manifesta interessamento clinico muscolare per un periodo di tre anni dalla diagnosi; infine va ricordata la miosite necrotizzante, forma caratterizzata da un impegno clinico anche molto severo e dall'assenza di infiltrato infiammatorio ed una elevata proporzione di fibre muscolari necrotiche alla biopsia.

La storia della Principessa sul pisello. Enza e Giovanni sono due coniugi residenti nel nostro stesso paese. Grazie a conoscenze personali, siamo riusciti a contattare, tramite un social network, la signora Enza, che ha subito accettato il nostro invito a collaborare con noi.

Ci siamo recati nella loro abitazione in diversi giorni per conoscere la loro storia. Lo schema seguito inizialmente è stato realizzato tramite intervista semi-strutturata, in cui, prefissato schematicamente un tema e gli argomenti da trattare, abbiamo predisposto una scaletta di intervista. Ma già dal primo incontro, notando la loro scioltezza nel raccontare, abbiamo dirottato la ricerca verso un'intervista libera in cui è prefissato solo il tema. Il primo incontro è stato conoscitivo, ci siamo presentati ed abbiamo esposto il nostro progetto di ricerca, al fine di avere tutta la loro disponibilità.

La storia clinica. Giovanni ci racconta che tutto è iniziato nell'inverno del 2010 quando inizialmente le si addormentavano braccia e mani e successivamente le gambe. All'inizio non le è stato prescritto nessun farmaco perché non aveva nessun dolore. Poi ha eseguito una serie di esami come TAC ai polmoni, visita senologica e ginecologica ed una serie di analisi del sangue dai quali è stato riscontrato un valore della CPK altissimo. Si è diretta così da un neurologo che, dopo elettromiografia, escludendo l'ipotesi di tumore, le ha suggerito di sottoporsi ad una visita specialistica presso l'istituto neurologico Carlo Besta di Milano. Si pensava fosse SLA, ma in seguito a biopsia fatta alla gamba sinistra perché maggiormente colpita dai sintomi, le hanno confermato e diagnosticato una miopatia. Successivamente tornata a Bari, è stata ricoverata per eseguire una puntura lombare per il prelievo del midollo osseo ed eseguito una TAC alla testa. Poi a Tricase ha eseguito una cura di immunoglobuline senza beneficio. Solo nel momento in cui si è recata a Roma, al Gemelli, i medici le hanno confermato che non c'erano cure in grado di contrastare la malattia. Due anni dopo averla scoperta non riusciva più a deambulare autonomamente e a deglutire ed è per questo che si è sottoposta ad intervento di gastrostomia endoscopica percutanea (PEG). In seguito ad insufficienza respiratoria operata d'urgenza, le è stata eseguita una tracheostomia. Dal 2014 la paziente è stabile, allattata, respira tramite ventilazione meccanica assistita, assume alimenti mediante nutrizione enterale e riesce solo a muovere la testa e le labbra per farsi capire.

L'intervista al caregiver

NOME: Giovanni, ETÀ: 57.

“Ciao, sono il marito di Enza, quello che voi infermieri chiamate caregiver, anche se preferisco definirmi semplicemente Giovanni. Sono a tua completa disposizione, aspettiamo che Enza termini con l'OSS e poi possiamo cominciare”.

Dopo qualche minuto una volta in stanza, guardando negli occhi sua moglie, ha cominciato a parlarmi di se.

“All'inizio, quando sono comparsi i primi sintomi non mi rendevo conto della gravità della situazione, non si capiva cosa Enza avesse. Ricordo che a tavola un giorno un boccone le andò di traverso, ma non avremmo mai pensato che potesse trattarsi di un vero e proprio problema nella deglutizione. Abbiamo realizzato il tutto quando questo episodio a tavola accadeva sempre più spesso. Successivamente i primi cambiamenti a livello fisico, difficoltà nel camminare e ricordo che parecchie volte mi chiamava perché era caduta e aveva bisogno del mio aiuto per alzarsi. In quel periodo ero io ad aiutarla a lavarsi, non vi dico le mille peripezie, io ero impacciato e lei molto nervosa ed imbarazzata. Quando siamo stati a Milano all'istituto neurologico Besta, inizialmente ero preoccupato per il viaggio che però si è rivelato del tutto tranquillo e organizzato. Enza è stata ben accolta dagli assistenti di volo, ha avuto precedenza su tutti evitando attese ed è salita sull'aereo grazie ad un elevatore che le ha permesso di imbarcarsi con la sedia a rotelle. Una volta arrivati a Milano, dopo la visita dal neurologo, abbiamo girato la città a piedi ed è stata contenta di poterlo fare con il nostro aiuto. Ricordo quando Marisa era ricoverata a Roma, era l'inverno del 2014. Io per motivi di lavoro ero andato per alcuni giorni nel nostro paese. Poco prima di capodanno ci fu una forte nevicata ed io ebbi il sentore di prendere la macchina e tornare da lei. Arrivato lì la situazione era la solita, è bastato solo il tempo di andare in albergo per una doccia e ritornare in ospedale e trovare la stanza di Marisa vuota! Aveva avuto una insufficienza respiratoria e aspettavano la mia autorizzazione per poter procedere all'intervento di tracheostomia. Non mi sono preoccupato del dopo, volevo solo che mia moglie si salvas-

se, che visse... sapevo che senza tracheo sarebbe morta. Quello che è stato più difficile per me da superare è stato quando Enza si è risvegliata dall'intervento, le ho dovuto spiegare quanto accaduto. Lei è scoppiata a piangere... ma io mi sentivo più forte perché di lì a poco avremmo capito entrambi che questa condizione l'avrebbe paradossalmente fatta sentire più sollevata, con un tubo che le avrebbe permesso di respirare. Era il primo dell'anno e ricevevo mille chiamate di auguri ma nessuno sapeva che per noi non c'era nulla da festeggiare... Da quel giorno in poi non ho più sentito la voce di Marisa... Siamo tornati a casa ma finalmente l'ho vista più tranquilla, non c'è stata notte in cui lei non abbia dormito. Da qui, per noi, una nuova vita. Guarda, lei dorme in questa stanza da sola, era la nostra camera da letto, la più grande perché ha bisogno di molto spazio, il letto è ingombrante, i respiratori, l'aspiratore per i muchi, il mobile con tutto il necessario per gli infermieri e OSS per l'assistenza, in più televisore, personal computer e aria condizionata. E io invece che da caregiver, - Giovanni esclama ridendo - mi ritrovo a dormire in un bunker di 10mq che di mio ha solo il letto, ci sono solo cose di Enza, tra cui anche il sollevatore per i momenti in cui l'alziamo dal letto.”
“Giovanni, in veste di caregiver, di che cosa ti occupi?”
Fortunatamente Enza è assistita durante la maggior parte delle ore della giornata da personale qualificato, il mio ruolo subentra quando rientro a casa da lavoro, tutta la notte, il mercoledì e nel week-end perché sono con lei tutto il giorno. È in questi momenti che approfitto per riordinare le bollette e per ritirare le prescrizioni dal medico dei farmaci che Enza prende giornalmente, come il potassio, copertura per lo stomaco, Clexane ed Enterogermina. Comprò anche salviette, cotone, collutorio e detergenti; dalla farmacia ospedaliera ritiro tutto il necessario per la nutrizione, per la gestione della PEG, cateteri e sacche per le urine. Ogni anno bisogna richiedere tramite l'anestesista l'occorrenza per la ventilazione meccanica come catetere mount, filtri, cannule, fettucce e sondini per l'aspirazione mentre l'ADI si occupa della fornitura di guanti, garze e creme. Nel nostro garage non c'è quasi più posto per l'auto perché è diventato un deposito fornito come quello di un ospedale. All'inizio avevo difficoltà e avevo bisogno di seguire gli OSS e gli infermieri, ricordo dopo l'intervento di tracheostomia mi risultava difficile effettuare tutte le manovre necessarie per garantirle la pulizia, come ad esempio aspirarle i muchi o pulirle la PEG. Adesso non mi ritengo esperto, però mi sento più sicuro quando siamo soli o quando durante la notte mi chiama, anche se succede raramente. Devo ammettere che Enza, nonostante la sua condizione ci aiuta molto, ogni mattina vuole essere informata sui valori di saturazione, pressione e temperatura ed è anche molto attenta all'ordine. Infatti, quando qualcosa è fuori posto, lei richiama la nostra attenzione con uno strano verso, come fosse un fischio, mettendoci tutti sull'attenti. Quando non siamo in stanza con lei, per chiamarci, utilizza un campanello che è posizionato sotto il palmo della sua mano e funziona applicando una leggera pressione su un pulsante. Questo glielo permette solo la mano destra dato che la sinistra ne è del tutto incapace. Mi occupo anche della sua igiene intima e avvio anche la pompa per la nutrizione enterale. Le pianifico anche gli appuntamenti a letto con parrucchiera ed estetista, come potete notare il suo aspetto è magnifico, smalto alle unghie e capelli perfetti. Farla uscire, anche solo per farle prendere un po' di aria, prima era più semplice adesso invece con il respiratore risulta più complicato. Periodicamente la stanza necessita di una pulizia generale, quindi è necessario spostarla dalla camera da letto. Questa manovra richiede forza e pazienza, alcune volte ha accusato qualche dolore soprattutto quando sulla sedia a rotelle è rimasta più del dovuto. Enza sogna di uscire in piazza come ai vecchi tempi o di andare al mare, in realtà lo desidero anch'io, ma non abbiamo o meglio non ho il coraggio per paura di non saper affrontare un imprevisto. Ci limitiamo a fare un giro intorno alla nostra abitazione, è molto curiosa di vedere come cresce il nostro quartiere, e per lei, anche solo questo, è motivo di grande gioia. Ogni suo desiderio... cerco di esaudirlo quanto prima, mi ha richiamato più volte per l'erba incolta del nostro giardino, finché un giorno finalmente mi son deciso, l'ho tagliata, ho scattato una foto e, vedendola, è stata felice. Per quanto riguarda la gestione della casa, devo ringraziare Paola, una signora che ci aiuta nel tenerla in ordine e pulita, proprio come un tempo faceva Enza, e anche per la pre-

parazione del pranzo. Tra le tante cose che ho imparato, c'è anche l'arte culinaria e decidiamo insieme ad Enza cosa cucinare. A lei piaceva molto farlo e tutt'ora è molto curiosa di scoprire nuove ricette che io sperimento per lei. Trascorrendo tutta la giornata a letto, soprattutto la sera guarda film ed è aggiornata su tutte le fiction, io in salone a guardare altro.”
[Il precedente racconto è stato scritto e realizzato al termine di uno studio sperimentale della durata di 4 mesi. L'elaborato finale è frutto delle informazioni ricavate nei vari incontri.]

Risultati. Il ricercatore si racconta.

NOME: *Angelo*

POSIZIONE: *Ricercatore*

Nel febbraio del 2017, in collaborazione con il dott. Cosimo Della Pietà, abbiamo iniziato a pensare ad un progetto di ricerca, che funga da mia tesi di laurea in infermieristica. Grazie al suo aiuto, abbiamo deciso di incentrare il lavoro sulla ricerca qualitativa, dato che spesso si fa più uso di quella quantitativa. Quello che più mi ha colpito, inizialmente, è stato intraprendere un percorso che, al di là della tesi, sarebbe stato conoscitivo ed emozionante, da un punto di vista professionale e soprattutto umano. Sin dall'inizio si è pensato di trattare un paziente in ADI, cioè un pz riceve assistenza nel proprio domicilio, ed il suo caregiver, perché credo che prestare assistenza presso una struttura ospedaliera richieda un tipo di approccio con il paziente diverso da quello a domicilio, dato che in quest'ultimo caso l'infermiere entra a far parte della sua vita quotidiana, delle sue abitudini, dei suoi spazi e di tutto ciò che fa parte della sua sfera privata. Il giorno in cui Enza e Giovanni, dopo la nostra richiesta, ci hanno dato tutta la loro disponibilità a collaborare con noi, ero sereno e spaventato allo stesso tempo. Non credo sia facile fidarsi di uno sconosciuto e soprattutto aprirsi a emozioni che portano con sé anche tanto dolore. Il giorno del primo incontro ero agitato come nel giorno di un esame ed ero anche ansioso di conoscerli dal vivo. Durante il tragitto in macchina non facevamo altro che ripetere quella che sarebbe stata la nostra “presentazione”.

Una volta arrivati alla loro villetta, ricordo l'accoglienza di Giovanni, quando esordì con quel “ciao ragazzi”, ho avuto l'impressione che mi conoscesse da tempo ed è per questo che mi sono sentito sin da subito a mio agio. Si è dimostrata una persona gentile, disponibile e, posso anche aggiungere altruista, considerando i molteplici ruoli che ricopre per Enza e per la sua famiglia.

Una volta entrati ci ha accompagnati in una stanza, quella che lui chiama “la stanza della principessa sul pisello”.

Il primo impatto è stato davvero emozionante, mi ha colpito subito il modo di Enza di prendersi cura del proprio corpo, anche con la malattia che le impedisce di farlo autonomamente. Ho trovato una donna con un sorriso disarmante e accogliente che è da esempio per tutti noi che lo perdiamo dietro le inutilità della vita. In secondo luogo ho notato la sua scioltezza nel comunicare con il comunicatore oculare. Infatti, data la sua velocità nel raccontare, ho trovato difficoltà nel prendere appunti. Penso che questa sia stata una dimostrazione di fiducia nei nostri confronti perché, durante quel pomeriggio del 31 maggio passato assieme, siamo venuti a conoscenza di tutto quello che hanno attraversato in questi anni.

Ho conosciuto una donna tenace, una mamma che cerca sempre di essere presente nella vita dei suoi figli, una donna serena e anche lucida nonostante la malattia invalidante le abbia portato via la voce. Non so se le fosse già capitato di aprirsi in questo modo, di raccontare la sua storia facendo spazio ad emozioni e sensazioni che tuttora l'accompagnano. Ricordo uno degli ultimi incontri quando ho letto ad entrambi l'elaborato finale per eventuali correzioni. Credo sia emozionante ascoltare il proprio racconto e non nascondo che è stato difficile anche per me perché non sapevo se sarei stato in grado di esprimere le emozioni provate, dando a tutto questo il giusto peso. Da ricercatore sono stato anche io di supporto per l'assistenza ad Enza, perché è quello che un operatore sanitario deve saper fare, ovvero ascoltare ed è fondamentale perché aiuta sia l'assistito che l'infermiere. Dopo ogni incontro, tornato a casa, pensavo alla tenacia e lucidità di Enza nel racconto della sua esperienza, di come è riuscita non tanto ad accettare, perché credo sia impossibile, ma ad acquisire quella consapevolezza che la aiuti a convivere con questa malattia nonostante i momenti di angoscia e rabbia. E, infine, vorrei parlare del marito Giovanni, che rappresenta uno dei milioni dei caregiver familiari, spesso non considerati per le molteplici attenzioni richieste dal paziente, anche se il ruolo più difficile spetta da sempre a questa figura. Colui che si carica la difficile croce sulle spalle e applica la proprietà della resilienza, quella speciale qualità che consente di resistere agli eventi, di riordinare la propria vita, di costruire una nuova dimensione che consenta al malato ed a se stesso di vivere questa esperienza con dignità, con tenacia, con quell'energia necessaria per lottare. Credo che una parola giusta, detta al momento opportuno, ha il valore di un incantesimo ed è quello che giornalmente Giovanni, con tutto il suo amore, fa per sua moglie. Credo che una delle

fortune di Enza sia proprio quella di essere sostenuta e circondata da persone, come suo Giovanni e tutto il personale responsabile dell'assistenza ADI, che le hanno donato e continuano a dare tanti segni di affetto, di tenerezza, di puro bene disinteressato e tutto ciò che le garantisce una qualità di vita eccellente.

Credo che Giovanni faccia per Enza più di quello che sapremmo fare noi, operatori sanitari, nonostante la nostra preparazione professionale. Di frequente non riusciamo a comprendere le vere necessità del malato, ma ci limitiamo al nostro ruolo assistenziale più pratico che umano, solo la lettura attenta delle dinamiche emozionali che scaturiscono dal malato e dal suo contesto familiare ci fanno entrare in empatia con le persone che ci sono state affidate, portandoci in dono la lettura di un mondo nuovo, fatto di valori ed emozioni, da comprendere e condividere così come sono.

Discussione e conclusioni

Questo studio sperimentale nasce da una doppia constatazione: l'importanza del rapporto malato - caregiver e della povertà di testimonianze a favore di quest'ultimo. È emerso quanto queste due figure siano strettamente connesse tra loro, l'una non esisterebbe senza l'altra. Ad oggi, gli studi pubblicati mettono in evidenza il forte impatto e le difficoltà che questi si trovano ad affrontare dall'esordio della malattia, soprattutto per quanto riguarda la sfera pratico-assistenziale. Da questo lavoro emerge un altro dettaglio significativo, che tutto questo, accompagnato da valori quali rispetto, fiducia, amore, altruismo e gratitudine semplifica le difficoltà assistenziali da parte del caregiver, offrendo ulteriore beneficio al malato.

L'obiettivo di questa ricerca qualitativa è stato quello di esplorare l'esperienza vissuta, da un punto di vista emotivo, da una paziente affetta da patologia invalidante e in particolare dal suo caregiver. Il loro raccontare e il mio stare vicino e saper ascoltare è stato produttivo per entrambi. Nei primi è stato motivo di sfogo e liberazione e un valido strumento per aiutare a ricercare “parole non dette” per dire e riconoscere il proprio vissuto, per costruire nuove connessioni possibili tra malattia e vita quotidiana, trame di senso per riuscire a rivedersi, ricomprendersi e riprogettarsi in una rinnovata versione della propria storia di vita e della propria identità. Si tratta di ricostruire il proprio sapere e la storia personale per giungere a nuove consapevolezze, a rinnovare interpretazioni e comprensioni dell'esperienza che si sta vivendo. Per me ricercatore è stato invece motivo di crescita professionale e arricchimento interiore, un'opportunità per rendere più completo l'accertamento dei problemi assistenziali della persona, attingendo ampiamente ai vissuti, alle emozioni, alle aspettative ed ai desideri sia del malato che del caregiver.

La possibilità offerta al paziente di narrare la propria storia aiuta nell'espressione dei propri stati emotivi e produce positivi vissuti di ascolto e condivisione rafforzando il rapporto infermiere-utente.

Un altro elemento emerso durante la mia indagine è stato il constatare la normalizzazione della situazione familiare vissuta da Giovanni ed Enza. Non nascondo i miei pregiudizi, prima di incontrare Enza. Temevo di dover affrontare una situazione familiare tesa, cupa e incentrata sulla malattia gravemente invalidante di Enza. Ma già dal primo impatto, grazie al marito Giovanni, ho subito respirato un'atmosfera familiare serena ed allegra, dove la capacità di sdrammatizzare rende appunto normale affrontare le mille difficoltà che la vita quotidiana presenta, anche in presenza della malattia.

La parte iniziale è prettamente teorica mentre la parte finale vede come protagonisti la storia del malato, il racconto del caregiver e del ricercatore. L'influenza che questa ricerca ha avuto su di me è stata di grande rilevanza, perché mi ha permesso di entrare in possesso di una “cassetta degli attrezzi”, un personale bagaglio metodologico ed esperienziale che mi ha fatto acquisire strumenti per leggere ed interpretare in modo nuovo la realtà.

Il valore aggiunto, di questo percorso didattico - esperienziale, per me ricercatore è stato dato dall'accrescimento dei miei livelli di consapevolezza, essere un infermiere non vuol dire solo Saper Fare una terapia, una medicazione, elaborare un processo di nursing e rifare un letto, ma è anche e soprattutto Saper Essere.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Antognozzi C., “Le narrazioni di Malattia”, rivista l'infermiere n.2, Ispasvi, 2012

Cecconi L., “La ricerca qualitativa in educazione”, Franco Angeli, 2002

Dott.ssa Dolzani F., “Le miopatie infiammatorie”, Trento, 2012

Good B.J., “Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente”, Einaudi, 1999
<https://www.assistenzadomiciliare.eu>

Marcadelli S. e Artioli G., “Nursing narrativo”, Maggioli, 2010

Pergolesi L. dirigente professioni sanitarie Sioter ASL TA, “Le relazioni di aiuto”, Taranto, 2013

Trincherò R., “Manuale di ricerca educativa”, Franco Angeli, 2002

Vicini M.A., “Nursing Oggi” n. 1 pp. 66-69, Lauri e Vesalio, Milano, 1998

Terapie di supporto in oncologia pediatrica: la musicoterapia

Dott.ssa *Fabiana Fontana*
Infermiera C.d.C. S. Rita

“La musicoterapia è l’uso della musica e/o dei suoi elementi (suono, ritmo, melodia e armonia) per opera di un musicoterapeuta qualificato, in rapporto individuale o di gruppo, all’interno di un processo definito, per facilitare e promuovere la comunicazione, le relazioni, l’apprendimento, la mobilitazione, l’espressione, l’organizzazione e altri obiettivi terapeutici degni di rilievo, nella prospettiva di assolvere i bisogni fisici, emotivi, mentali, sociali e cognitivi. La musicoterapia si pone come scopi di sviluppare potenziali e/o riabilitare funzioni dell’individuo, in modo che egli possa ottenere una migliore integrazione sul piano intrapersonale e/o interpersonale e, conseguentemente, una migliore qualità della vita attraverso la prevenzione, la riabilitazione o la terapia”.

Congresso Mondiale di Musicoterapia di Amburgo del 1966

In un contesto come quello dell’onco-ematologia pediatrica, il tema dell’emergenza è all’ordine del giorno. Il verificarsi di malattie gravi e potenzialmente mortali proietta il bambino/adolescente e la sua famiglia in un’altra dimensione, che si allontana totalmente dalla loro realtà quotidiana, una realtà che subisce cambiamenti su tutti i versanti fisico, sociale, relazionale, emozionale, comportamentale. La vita cambia i suoi colori e i suoi profumi, dove sia gli eventi che i vissuti più intimi subiscono continue rielaborazioni in relazione alle paure più remote, come quella della morte. Il bisogno di sicurezza, la fiducia nel poter controllare gli eventi e tutto ciò che accade intorno a sé e dentro di sé, vengono a mancare e il genitore si trova minacciato nella capacità di poter proteggere il proprio figlio dalla sofferenza.

IL TUMORE IN ETÀ PEDIATRICA

Il tumore maligno in età pediatrica è una patologia rara, con un’incidenza complessiva che nei diversi paesi del mondo varia da 80 a 220 nuovi casi per milione di soggetti d’età inferiore ai 15 anni. Per l’Italia questa incidenza è calcolata intorno a 180 nuovi casi per milione di persone ed il rischio approssimativo di sviluppare un tumore nei primi 15 anni di vita è di un soggetto ogni 564. Un eccesso del 30 per cento della incidenza di tumori infantili nell’area tarantina rispetto alla media nazionale e 20mila nuovi casi di tumore all’anno in tutta la Puglia: sono alcuni dei dati diffusi a Bari, in Fiera del Levante, nel corso della presentazione del primo rapporto del Registro tumori regionale che fa riferimento a un periodo che va dal 2006 al 2011, a seconda dell’arco di tempo in cui sono stati raccolti i dati. In Puglia ogni anno si ammalano di tumore 11mila uomini e 9mila donne, a fronte di una media nazionale che registra circa 350mila nuovi casi ogni anno. Per gli uomini i tumori più diffusi sono quelli ai polmoni e bronchi (18,1 per cento), mentre per le donne è il cancro alla mammella (29,2). È quello riferito al “tumore alla vescica” nelle “province di Brindisi, Lecce e Taranto”. “Preoccupante” è stato definito l’aumento dei casi di tumore alla tiroide e del melanoma cutaneo. Infine, l’analisi della sopravvivenza, entro i cinque anni dalla scoperta della malattia, rivela “dati in linea con la media nazionale e, in alcuni casi, più incoraggianti”, come per il cancro alla mammella e i tumori ematologici.

MUSICA E SVILUPPO NEL BAMBINO

La musica ha un ruolo fondamentale nel processo

di sviluppo del bambino, sin dal suo concepimento. Il bambino, infatti, durante la sua vita intrauterina, è immerso in un mondo ricco di stimoli sonori: il battito del cuore della mamma, il flusso sanguigno, i rumori intestinali, il liquido amniotico, le vibrazioni corporee; dal quarto mese di gestazione il bambino inizia a percepire il suono della voce materna e più in là anche gli stimoli sonori provenienti dal mondo esterno. Al momento della nascita, questo mondo sonoro in cui ha vissuto per nove mesi, viene sostituito da un altro mondo ricco di stimoli e per questo, inizialmente, abbastanza traumatico. È stato dimostrato che il bambino ha una propensione spontanea ad avvicinarsi al mondo sonoro e lo fa seguendo delle tappe evolutive che coincidono con le tappe di sviluppo del nostro funzionamento percettivo, emotivo e cognitivo globale. L'inserimento della musica nelle prime fasi della vita del bambino è fondamentale. Essa incide sul suo sviluppo per diversi motivi: contribuisce ad uno sviluppo armonico della personalità; influisce sullo sviluppo cognitivo; contribuisce alla costruzione del Sé e dell'identità individuale e gruppale; sviluppa l'intersoggettività e la comunicazione interpersonale; permette al bambino di esprimersi liberamente e di dare sfogo alla sua curiosità; contribuisce ad uno sviluppo emotivo: alla struttura musicale si associa una reazione emozionale, spesso intensa e profonda, essenziale per riconoscere il nostro mondo emotivo e per la sua espressione simbolica.

La relazione base, sulla quale si lavora a livello musicale, è quella tra madre e bambino. Il primo stimolo sonoro fondamentale è, infatti, la voce materna. Diversi studi dimostrano che il cosiddetto linguaggio motherese, ricco di giochi vocali, influenza lo sviluppo socio affettivo del bambino. Questo tipo di linguaggio è fatto di intonazioni, dinamiche, inflessioni, accelerazione, decelerazione; tutti aspetti che fanno parte del linguaggio musicale. Daniel Stern afferma che: "ciò che certamente importa di meno è quello che la madre dice realmente. L'importante è la musicalità dei suoni che produce".

LA MUSICOTERAPIA

La musicoterapia è una tecnica complementare e alternativa per il controllo del dolore. Essendo complementare, deve essere usata assieme alla terapia tradizionale, cioè il trattamento farmacologico.

All'interno delle 'Linee guida per la realizzazione dell'ospedale senza dolore' nel punto 4.1. Formazione, sottopunto 3 c'è scritto:

"si suggerisce che il Comitato ospedale senza dolore, nella preparazione dei moduli formativi, si riferisca ai

seguenti argomenti: ...; nozioni sulle modalità non farmacologiche nel trattamento del dolore; ...

La musicoterapia è una disciplina scientifica e si avvale di ricerche sull'effetto del musicale a livello organico e psichico, studia quindi gli elementi che possono produrre delle sonorità (acqua, natura, strumenti musicali, corpo) tutti gli stimoli sonori, udibili e non udibili (ultrasuoni, infrasuoni, rumori interni del corpo) e i loro effetti sull'essere umano, i canali attraverso cui si propagano questi suoni, come il sistema nervoso li raccoglie ed elabora, le risposte psicobiologiche che vengono prodotte attraverso comportamenti sonori, produzioni vocali etc.

Il principale strumento della musicoterapia è il suono. La musicoterapia fa parte delle tecniche non farmacologiche per la gestione del dolore. Questo intervento rientra negli approcci cognitivo-comportamentali. Un altro intervento, che fa parte degli stessi, è la distrazione, la musica per il paziente è proprio una di queste. Tale approccio fa spostare l'attenzione della persona dal dolore all'ascolto facendo attivare il sistema discendente e riducendo il dolore.

Il sistema discendente delle fibre parte dal cervello e arriva fino alle corna dorsali del midollo spinale. In questo sistema vengono trasportati i neurotrasmettitori, le encefaline e le endorfine, quindi lo stimolo doloroso trasportato dal sistema ascendente viene inibito da quello discendente. Questi due neurotrasmettitori servono per diminuire il dolore e la trasmissione dello stesso e si trovano in concentrazioni maggiori all'interno dell'amigdala, dell'ipotalamo e delle corna dorsali spinali e midollari.

"L'efficacia di questo sistema è illustrata dagli effetti della distrazione".

Nel 1965 Melzack e Wall rendono nota al mondo intero la loro teoria del controllo a cancello del dolore. In questa teoria viene espresso che, se c'è la stimolazione delle fibre di grosso calibro A β , che non trasmettono stimoli dolorosi ma stimoli tattili e pressori, piuttosto delle fibre A δ e C, il dolore si riduce, perché la sua trasmissione è inibita e questo grazie agli impulsi nervosi del sistema discendente.

"La teoria del controllo a cancello era importante, perché è stata la prima teoria che ha suggerito che i fattori psicologici svolgono un ruolo nella percezione del dolore. La teoria ha guidato la ricerca verso approcci comportamentali-cognitivi alla gestione del dolore. Questa teoria aiuta a spiegare come gli interventi quali distrazione e musicoterapia offrano sollievo dal dolore."

La distrazione però funziona quando la persona è coinvolta nella attività che sta facendo e non sul dolore, quindi, se si lascia completamente trasportare

dalla musica, avrà un effetto maggiore e più duraturo, però, se il paziente ha un'intensità molto elevata del dolore, non riesce a concentrarsi abbastanza quindi non otterrà benefici. La distrazione ha effetti sia sul dolore acuto che quello cronico.

Tutte le tecniche non farmacologiche devono essere usate con quelle farmacologiche, così si ha un potenziamento degli effetti.

"Le terapie complementari, compresi i medicinali omeopatici, sono utilizzati da molti pazienti con cancro, di solito in associazione alla medicina convenzionale".

"Gli interventi non farmacologici sono indicati nei pazienti che ne sono attratti, che esprimono ansia o paura, che possono trarre beneficio dal ridurre la terapia farmacologica, che possono andare incontro ad un tipo di dolore cronico e che hanno una riduzione del dolore incompleta dopo gli interventi farmacologici".

MUSICOTERAPIA IN AMBITO OSPEDALIERO

La musicoterapia in contesto ospedaliero dovrebbe essere inserita all'interno di quelle terapie di supporto che si occupano del paziente non solo come malato, ma come persona, parte integrante di un sistema ricco di interazioni, bisogni, emozioni che, con l'arrivo di malattia e ospedalizzazione, necessita di essere sostenuta. In psicologia della salute i vari studi hanno ormai messo in evidenza come le modalità attraverso le quali l'uomo reagisce alla malattia influiscono fortemente sulla qualità della vita e del processo di malattia stessa. È importante che la musicoterapia in ambito ospedaliero venga proposta come tecnica di intervento che considera il paziente in un'ottica di tipo olistico. Nel bambino l'attività musicale permette che ci sia un coinvolgimento sensoriale e motorio che contribuisce ad alleviare le tensioni dovute al dolore e alle paure che vive in ospedale; contribuisce a mantenere attivo il processo di crescita e sviluppo e rappresenta un'esperienza di familiarità e contatto con il mondo esterno e con la quotidianità. La persona ospedalizzata, sia essa adulto o bambino, vive l'esperienza musicale come uno spazio per sé in cui tutto è concesso: i pensieri e il corpo sono liberi di esprimersi, di comunicare, di scegliere, di coccolarsi e rispettarsi, di sfogarsi, urlare, rilassarsi e dormire, sognare, cantare, suonare, ballare, ridere e piangere. Tutte queste possibilità, che la musica offre, consentono al paziente di poter vivere in modo più sereno il percorso che deve affrontare, in un contesto in cui la scelta non è ampiamente concessa e il corpo si ritrova ad essere oggetto di procedure mediche spesso

traumatiche e dolorose. I momenti musicali, oltre che essere individuali, possono essere delle sane occasioni di condivisione sia con i familiari che con altri pazienti e/o operatori, riattivando il coinvolgimento sociale che spesso viene a mancare. Gli interventi di musicoterapia potrebbero essere organizzati a più livelli: prevenzione primaria in cui l'utilizzo del canale sonoro musicale è orientato a raggiungere obiettivi globalmente contenitivi e maturativi; prevenzione secondaria e terziaria sono orientate sulla riabilitazione e quindi sul prevenire complicanze su una situazione di deficit già esistente o sulla stabilizzazione di una determinata situazione per aiutare il paziente verso l'integrazione sociale.

A livello terapeutico l'obiettivo della musicoterapia è quello di promuovere una migliore integrazione psicofisica della personalità, lavorando sull'aspetto emotivo e sulla relazione.

Nell'ambito dell'onco - ematologia pediatrica, la musicoterapia può essere utilizzata sui vari livelli, dipendentemente dalla fase in cui si trova il paziente. Il bambino oncologico presenta spesso problematiche legate sia alla malattia che all'ospedalizzazione, che lo portano ad essere depresso, arrabbiato, nervoso, incompreso, non ascoltato in un contesto dove non può scegliere per se stesso e dove le figure di riferimento sembrano a volte perdere la loro integrità di "genitori che proteggono". Il momento musicale diventa per loro uno spazio di scelta, di ascolto e di libera espressione in cui si crea una relazione con il musicoterapeuta che spesso va al di là dello strumento sonoro/musicale, aprendosi verso una relazione nella quale il bambino si appoggia e si lascia accompagnare nel lungo e faticoso percorso di malattia.

La musicoterapia viene, quindi, definita come una disciplina basata sul paradigma suono - essere umano, che ha come obiettivi quelli della prevenzione, della riabilitazione e della terapia i quali si sviluppano con l'utilizzo di un processo relazionale che si avvale di specifiche tecniche: ascolto e improvvisazione. Queste tecniche hanno obiettivi riconducibili alla dimensione intra e interpersonale dell'individuo, nonché al ripristino e/o al potenziamento di funzioni compromesse dalla presenza di una patologia, riducendone i sintomi e provando a prevenire le complicanze determinate dai sintomi stessi. Nel momento in cui si parla di musicoterapia, essendo una disciplina abbastanza recente come pratica terapeutica, bisogna rispondere a diversi interrogativi attraverso i quali sia possibile definirne le procedure e i confini, legittimandone l'applicazione. Qualsiasi terapia deve, infatti, essere supportata da un "razionale" che guidi il processo terapeutico, attraverso un intervento fondato su pre-

supposti teorici e tecniche attuative. L'aspetto più importante della musicoterapia è legato alla sua natura non verbale. A tal proposito nascono diversi dubbi e punti interrogativi sul come, ad esempio, si possa sviluppare un processo terapeutico senza una fase elaborativa verbale. Per questo motivo è necessario che si raggiunga una scientificità per legittimare l'applicazione della musicoterapia. In Italia e non solo, la musicoterapia è una disciplina non ancora riconosciuta sul piano culturale, formativo e applicativo. Si crea così un paradosso in cui da un lato si esige una scientificità che legittimi la pratica, dall'altro lato la scientificità potrebbe dipendere dalla legittimazione dell'applicazione stessa.

Questa incongruenza deriva anche dal fatto che la formazione stessa in musicoterapia non ha ancora un riconoscimento istituzionale, limitando così l'accesso alla ricerca. Tutti questi impedimenti non hanno comunque limitato e scoraggiato la formazione e l'utilizzo di questo metodo terapeutico. La realtà è che l'interesse per la disciplina sta crescendo sempre di più, sia sul piano formativo che su quello applicativo. Pian piano si stanno delineando e affermando modelli di riferimento teorici, coerenti all'applicazione e alla formazione in questo campo. Modelli che ovviamente dovranno mantenere una certa flessibilità applicativa legata alle differenze individuali di pazienti e musicoterapeuti.



Gli Infermieri in udienza dal Santo Padre

Il giorno 3 Marzo c.m. rappresentanti degli Ordini delle Professioni Infermieristiche di tutto il Paese sono stati ricevuti in Vaticano, nell'aula Paolo VI, in udienza privata dal Santo Pontefice che si è soffermato sui temi di maggiore interesse per la professione e per gli Infermieri, impegnati nella cura e assistenza del malato e delle persone sofferenti.

Di seguito il discorso del Santo Padre.

Cari fratelli e sorelle, buongiorno!

Sono lieto di incontrarvi e, prima di tutto, vorrei esprimervi la mia riconoscenza e la mia stima per il lavoro così prezioso che svolgete verso tante persone e per il bene di tutta la società. Grazie, grazie tante!

Rivolgo il mio cordiale saluto alla Presidente e a tutta la Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, da voi rappresentata quest'oggi. Pur provenendo da una lunga tradizione associativa, tale Federazione può dirsi "neonata" e sta compiendo ora i suoi primi passi. La sua costituzione, confermata da alcuni giorni dal Parlamento italiano, mette meglio in luce il valore delle professioni infermieristiche e garantisce una maggiore valorizzazione della vostra professionalità. Con quasi 450 mila iscritti, formate il più grande ordine professionale italiano, e

rappresentate un riferimento anche per altre categorie di professionisti. Il cammino comune che compite vi consente non solo di avere una sola voce e una maggiore forza contrattuale, ma anzitutto di condividere valori e intenti che sono alla base del vostro operato.

È davvero insostituibile il ruolo degli infermieri nell'assistenza al malato. Al pari di nessun altro, l'infermiere ha una relazione diretta e continua con i pazienti, se ne prende cura quotidianamente, ascolta le loro necessità ed entra in contatto con il loro stesso corpo, che accudisce. È peculiare l'approccio alla cura che realizzate con la vostra azione, facendovi carico integralmente dei bisogni delle persone, con quella tipica premura che i pazienti vi riconoscono, e che rappresenta una parte fondamentale nel processo di cura e di guarigione.

Il Codice deontologico infermieristico internazionale, al quale si ispira anche quello italiano, individua quattro compiti fondamentali della vostra professione: «promuovere la salute, prevenire la malattia, ristabilire la salute e alleviare la sofferenza» (Premessa). Si tratta di funzioni complesse e molteplici, le quali toccano ogni ambito della cura, e che adempite in collaborazione con gli altri professionisti del settore. Il carattere sia curativo che preventivo, riabilitativo e palliativo della vostra azione esige da voi un'elevata professionalità, che richiede specializzazione e aggiornamento, anche per la costante evoluzione delle tecnologie e delle cure.

Questa professionalità, però, non si manifesta solo in ambito tecnico, ma anche e forse ancor più nella sfera delle relazioni umane. Stando a contatto con i medici e con i familiari, oltre che con i malati, diventate negli ospedali, nei luoghi di cura e nelle case il crocevia di mille relazioni, che richiedono attenzione, competenza e conforto. Ed è proprio in questa sintesi di capacità tecniche e sensibilità umana che si manifesta in pieno il



valore e la preziosità del vostro lavoro.

Prendendovi cura di donne e di uomini, di bambini e anziani, in ogni fase della loro vita, dalla nascita alla morte, siete impegnati in un continuo ascolto, teso a comprendere quali siano le esigenze di quel malato, nella fase che sta attraversando. Davanti alla singolarità di ogni situazione, infatti, non è mai abbastanza seguire un protocollo, ma si richiede un continuo – e faticoso! – sforzo di discernimento e di attenzione alla singola persona. Tutto questo fa della vostra professione una vera e propria missione, e di voi degli “esperti in umanità”, chiamati ad assolvere un compito insostituibile di umanizzazione in una società distratta, che troppo spesso lascia ai margini le persone più deboli, interessandosi solo di chi “vale”, o risponde a criteri di efficienza o di guadagno.

La sensibilità che acquistate stando ogni giorno a contatto con i pazienti faccia di voi dei promotori della vita e della dignità delle persone. Siate capaci di riconoscere i giusti limiti della tecnica, che non può mai diventare un assoluto e mettere in secondo piano la dignità umana. Siate anche attenti al desiderio, talora inespresso, di spiritualità e di assistenza religiosa, che rappresenta per molti pazienti un elemento essenziale di senso e di serenità della vita, ancora più urgente nella fragilità dovuta alla malattia.

Per la Chiesa, i malati sono persone nelle quali in modo speciale è presente Gesù, che si identifica in loro quando dice: «Ero malato e mi avete visitato» (Mt 25,36). In tutto il suo ministero, Gesù è stato vicino ai malati, li ha accostati con amorevolezza e tanti ne ha guariti. Incontrando il lebbroso che gli chiede di essere sanato, stende la mano e lo tocca (cfr Mt 8,2-3). Non ci deve sfuggire l'importanza di questo semplice gesto: la legge mosaica proibiva di toccare i lebbrosi e vietava loro di avvicinarsi ai luoghi abitati. Gesù però va al cuore della legge, che trova il suo compendio nell'amore del prossimo, e toccando il lebbroso riduce la distanza da lui, perché non sia più separato dalla comunità degli uomini e percepisca, attraverso un semplice gesto, la vicinanza di Dio stesso. Così, la guarigione che Gesù gli dona non è solo fisica, ma raggiunge il cuore, perché il lebbroso non solo è stato guarito ma si è sentito anche amato. Non dimenticatevi della “medicina delle carezze”: è tanto importante! Una carezza, un sorriso, è pieno di significato per il malato. È semplice il gesto, ma lo porta su, si sente accompagnato, sente vicina la guarigione, si sente persona, non un numero. Non dimenticatelo.

Stando con i malati ed esercitando la vostra professione, voi stessi toccate i malati e, più di ogni altro, vi prendete cura del loro corpo. Quando lo fate, ricordate come Gesù toccò il lebbroso: in maniera non distratta, indifferente o infastidita, ma attenta e amorevole, che lo fece sentire rispettato e accudito. Facendo così, il contatto che si stabilisce con i pazienti porta loro come un riverbero della vicinanza di Dio Padre, della sua tenerezza per ognuno dei suoi figli. Proprio la tenerezza: la tenerezza è la “chiave” per capire l'ammalato. Con la durezza non si capisce l'ammalato. La tenerezza è la chiave per capirlo, ed è anche una medicina preziosa per la sua guarigione. E la tenerezza passa dal cuore alle mani, passa attraverso un “toccare” le ferite pieno di rispetto e di amore.

Anni fa, un religioso mi confidò che la frase più toccante che gli era stata rivolta nella vita era quella di un malato, che egli aveva assistito nella fase terminale della sua malattia. “La ringrazio, padre – gli aveva detto – perché lei mi ha sempre parlato di Dio, pur senza nominarlo mai”: questo fa la tenerezza. Ecco la grandezza dell'amore che rivolgiamo agli altri, che porta nascosto in sé, anche se non ci pensiamo, l'amore stesso di Dio.

Non stancatevi mai di stare vicini alle persone con questo stile umano e fraterno, trovando sempre la motivazione e la spinta per svolgere il vostro compito. Siate anche attenti, però, a non spendervi fino quasi a consumarvi, come accade se si è coinvolti nel rapporto coi pazienti al punto da farsi assorbire, vivendo in prima persona tutto ciò che accade loro. Quello che svolgete è un lavoro usurante, oltre che esposto a rischi, e un eccessivo coinvolgimento,





unito alla durezza delle mansioni e dei turni, potrebbero farvi perdere la freschezza e la serenità che vi sono necessarie. State attenti! Un altro elemento che rende gravoso e talora insostenibile lo svolgimento della vostra professione è la carenza di personale, che non può giovare a migliorare i servizi offerti, e che un'amministrazione saggia non può intendere in alcun modo come una fonte di risparmio.

Consapevole del compito così impegnativo che svolgete, colgo l'occasione per esortare i pazienti stessi a non dare mai per scontato quanto ricevono da voi. Anche voi, malati, siate attenti all'umanità degli infermieri che vi assistono. Chiedete senza pretendere; non solo aspettatevi un sorriso, ma anche offritelo a chi si dedica a voi.

A questo proposito, un'anziana signora mi ha raccontato che, quando si reca in ospedale per le cure di cui

ha bisogno, è così grata ai dottori e agli infermieri per il lavoro che svolgono, che cerca di mettersi elegante e di farsi bella per dare a sua volta qualcosa a loro. Nessuno quindi dia per scontato quanto gli infermieri fanno per lui o per lei, ma nutra sempre per voi il senso di rispetto e gratitudine che vi è dovuto. E con il vostro permesso, io vorrei rendere omaggio a un'infermiera che mi ha salvato la vita. Era un'infermiera suora: una suora italiana, domenicana, che è stata inviata in Grecia come professoressa, molto colta... Ma sempre come infermiera poi è arrivata in Argentina. E quando io, a vent'anni, ero in punto di morte, è stata lei a dire ai dottori, anche discutendo con loro: "No, questo non va, bisogna dare di più". E grazie a quelle cose, io sono sopravvissuto. La ringrazio tanto! La ringrazio. E vorrei nominarla qui, davanti a voi: suor Cornelia Caraglio. Una brava donna, anche coraggiosa, al punto da discutere con i medici. Umile, ma sicura di quello che faceva. E tante vite, tante vite si salvano grazie a voi! Perché state tutto il giorno lì, e vedete cosa accade al malato. Grazie di tutto questo!

Salutandovi, esprimo il mio auspicio che il Congresso, che terrete nei prossimi giorni, sia una fruttuosa occasione di riflessione, confronto e condivisione. Invoco su tutti voi la benedizione di Dio; e anche voi, per favore, pregate per me.

E adesso – in silenzio, perché voi siete di diverse confessioni religiose – in silenzio preghiamo Dio, Padre di tutti noi, perché ci benedica.

Il Signore benedica tutti voi, e i malati che voi accudite. Grazie!

ECOGRAFIA: ACCESSI VASCOLARI NELLA PRATICA CLINICA, TECNICA E ALTRE APPLICAZIONI NEL CAMPO INFERMIERISTICO

*Dott.ssa Cinzia Bileci, Infermiera
Dott. Gesualdo D'Elia, Relatore*

Intraprendendo il mio percorso di tirocinio presso il PICC Team dell'Ospedale "S.G. Moscati" di Taranto ho potuto conoscere e approfondire la procedura legata all'utilizzo dell'ecografo nel posizionamento degli accessi venosi.

La procedura è composta da diversi passaggi:

(1) Informare il malato della procedura ed ottenerne il consenso scritto. Successivamente la persona viene invitata ad assumere una posizione idonea e confortevole in base alle sue condizioni cliniche ed alla regione impiegata nell'incannulamento.

(2) Il paziente viene posto in posizione supina con l'arto da incannulare esteso abdotto ed extrarotato, in modo da esporre il lato mediale del braccio fino all'ascella compresa la cute preventivamente è stata disinfettata con clorexidina.

(3) La procedura ecoguidata può essere effettuata da un operatore singolo o da due operatori, nel secondo caso un operatore adopera la sonda acquisendo immagini mentre l'altro attua l'operazione ecoguidata.

(4) È opportuno prima di procedere alla puntura acquisire immagini del vaso per definirne il calibro e le caratteristiche ottimali ossia: il decorso rettilineo, la comprimibilità e quindi l'assenza di trombosi, l'assenza di grossi vasi collaterali che potrebbero deviare il filo guida del decorso ver-

so l'ascella, la sede di confluenza con l'omero o l'ascellare.

(5) L'approccio ecoguidato può essere complanare o trasversale: nell'approccio complanare l'ago viene diretto verso il bersaglio, mantenuto nel piano di scansione della sonda approfondendosi obliquamente nei tessuti, il vantaggio di questa tecnica è che l'ago viene visto in tempo reale nella sua interezza dalla base alla punta fino a che non acquisisce il suo bersaglio, l'inconveniente maggiore è la difficoltà a mantenere tutto l'ago nel piano ecografico di scansione.

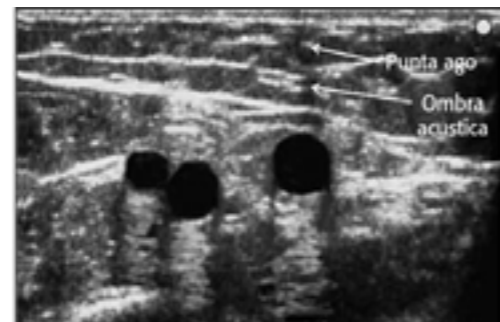
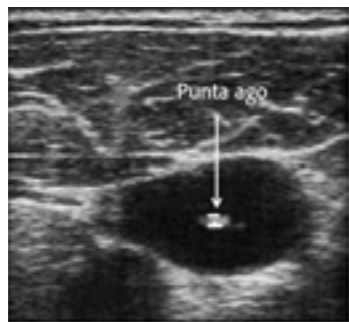
L'approccio trasversale è quello per cui la sonda è posta trasversalmente sul vaso da pungero, mentre l'ago segue una via perpendicolare al lato maggiore della sonda lineare. Il vantaggio è che l'ago compare necessariamente nel piano di scansione come punto ecogeno ma non è possibile stabilire, se non con movimenti coordinati di oscillazione della sonda, se ciò che si vede sia la punta o piuttosto la sezione dell'asse dell'ago, aiutano molto in questo senso piccoli movimenti oscillatori dell'ago che muovono in modo significativo i tessuti. La penetrazione luminale dell'ago

è visibile come uno spot ecogeno nel centro del vaso.

L'operatore può scegliere l'approccio, tenendo conto che l'approccio complanare impone che la sonda sia in asse col vaso da



pungere e ciò può non riuscire per problemi di spazio (regioni anatomiche anguste) o anatomici (tortuosità del vaso).



L'operatore può scegliere l'approccio, tenendo conto che l'approccio complanare impone che la sonda sia in asse col vaso da pungere e ciò può non riuscire per problemi di spazio (regioni anatomiche anguste) o anatomici (tortuosità del vaso).

(6) Dopo aver accertato le caratteristiche del vaso nei vari piani, l'operatore effettua una scansione trasversale della vena, la vena in scansione trasversale appare rotondeggiante e ovoidale. L'operatore ne stima la profondità dopo averla posta al centro della sonda. Con questa scansione l'immagine della vena si colloca al centro dello schermo.

(7) L'ago viene inserito nel sottocute a una distanza di circa un centimetro dalla sonda e diretto nel sottocute, a questo punto l'operatore inclina l'ago in profondità avendo cura di seguirne la punta ecogena col movimento sincrono della mano sinistra che tiene il trasduttore fino a che la punta indenta la parete venosa, quindi viene vista all'interno del vaso.

(8) Punto il vaso con l'ago, effettuando delicati movimenti è possibile vederne la punta muoversi liberamente nel lume vascolare. È anche possibile ottenere proiezioni longitudinali della vena. Successivamente la tecnica di Seldinger, prevede il passaggio nell'ago e nella vena di un filo guida, che serve poi per indirizzare con sicurezza il catetere facendolo scorrere sul filo, che successivamente viene estratto, le azioni possono essere visualizzate in tempo reale con l'ecografo, se il catetere è di grandi dimensioni può essere necessario incidere minimamente la cute attorno al filo guida e ampliare con appositi dilatatori, prima di inserire il catetere definitivo.

(9) L'ecogenicità del catetere permette la sua visione con le scansioni trasversali o longitudinali del vaso come immagini di piccolo anello o di bi-

nario ecogeni. Le proiezioni longitudinali della vena ascellare nel cavo ascellare e in successione, dietro il pilastro anteriore dell'ascella con-

fermano la progressione verso la succlavia di un PICC inserito nella vena basilica.

L'esperienza di tirocinio mi ha permesso di constatare l'importanza dell'utilizzo dell'ecografo nella pratica infermieristica. L'utilizzo di questo strumento mediante un adeguato addestramento permette di: accrescere le proprie competenze, gestire e prevenire eventuali complicanze, permette il posizionamento di accessi venosi in pazienti complessi e critici, valutare il corretto funzionamento dei cateteri vescicali, valutare situazioni di emergenza. Nello specifico, la mia esperienza pratica si è soffermata sull'utilizzo di questa tecnica per il posizionamento di cateteri venosi centrali ad inserzione periferica denominati PICC.

Ad oggi in molte realtà territoriali è l'infermiere ad occuparsi del posizionamento dei PICC dove è necessaria la conoscenza e l'addestramento nell'utilizzo dell'ecografo, per garantire il corretto posizionamento del catetere, ma non solo l'utilizzo di questo strumento si rende necessario in questi casi, bensì ho potuto constatare il necessario utilizzo di questo strumento nei reparti, soprattutto dove vengono trattati pazienti con patologie croniche per il posizionamento anche di cateteri venosi periferici. Ciò purtroppo non avviene a causa del poco personale preparato nell'utilizzo della tecnica. L'ecografia garantirebbe un notevole supporto non solo per l'impianto dei PICC, ma anche per l'impianto dei MIDLINE un catetere venoso periferico (CVP) destinato ad un utilizzo sia continuo che discontinuo, sia intra che extra ospedaliero, per un periodo di tempo di 30 giorni per cui è indispensabile l'utilizzo dello strumento in sede di impianto, la punta di questo catetere rimane a livello della vena ascellare o della vena succlavia o comunque in posizione

“non centrale”.

L'impianto di MIDLINE permetterebbe: la riduzione di punture inappropriate, in quanto la durata di un normale catetere venoso periferico è di 48/72 ore, la riduzione dei costi e della comparsa di complicanze legate allo “stress vascolare” nel posizionamento di un alto numero di accessi vascolari con osservazioni di flebiti ed ematomi.

È la ragione per cui l'infermiere può in autonomia destreggiarsi mediante un approccio eco-assistito migliorando di gran lunga l'assistenza del paziente. La tecnica ecoguidata potrebbe essere il futuro, perché ha molti punti di forza quali: efficacia, efficienza, sicurezza e fattibilità ma tutto questo deve far fronte alla realtà italiana attuale nella quale questa tecnica viene ancora scarsamente utilizzata nell'ambito infermieristico.

Sarebbe importante avviare dei percorsi di formazione e addestramento sull'utilizzo

dell'ecografo all'interno della realtà ospedaliera, in modo da garantire la presenza di personale qualificato che possa migliorare il percorso di cure e terapeutico dell'assistito; Ad oggi esistono solo corsi giornalieri o master, in cui viene spiegato l'utilizzo dell'ecografo nella pratica clinica, si renderebbe invece necessaria la presenza di un certo numero di personale qualificato che sappia utilizzarlo. Per questo sarebbe importante avviare dei corsi di addestramento e formazione aziendali rivolto, agli infermieri in modo da rendere la tecnica costantemente utilizzata.

Ulteriori applicazioni dell'ecografia in ambito infermieristico

Un recente utilizzo della tecnica ecografica è stato riscontrato di ausilio nella cateterizzazione vescicale del paziente, mediante una valutazione non invasiva della vescica, attuata con un'ecografia pelvica per la valutazione di un globo vescicale o per valutare la corretta progressione e il corretto

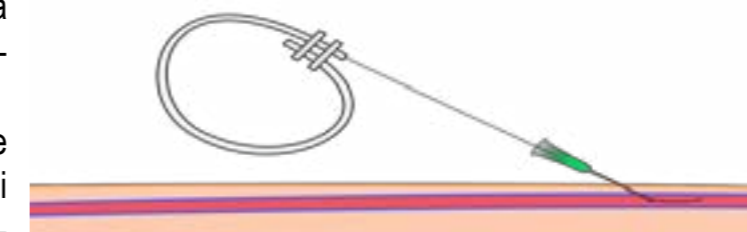
posizionamento del catetere in sede. L'impiego degli ultrasuoni per la valutazione della vescica urinaria rappresenta un utilissimo strumento, che facilita il processo decisionale infermieristico per le indicazioni di impiego, la scelta del tipo e la successiva gestione di un catetere vescicale. L'infermiere può ottenere informazioni fondamentali in fase di pre-cateterismo vescicale, prevedendo la validità della manovra ed eventuali complicanze, che potrebbero presentarsi durante la manovra stessa, utilizzando un tipo di catetere idoneo al buon esito della tecnica, la quale viene attuata con l'utilizzo di una sonda convessa da 3,5-5 Mhz che consente una visione completa dell'organo e delle strutture circostanti mediante scan-

sioni sovrapubiche trasversali e longitudinali, integrate da eventuali proiezioni oblique.

Un ulteriore, importante utilizzo dell'ecografo in campo infermieristico è nei reparti di emergenza

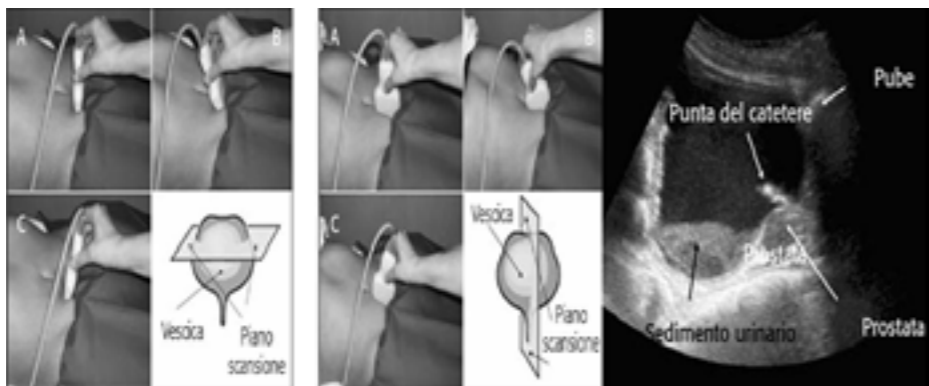
come i Pronto Soccorso, che accolgono un gran numero di pazienti con gravità e problemi diversi, dove, con l'effettuazione di un'ecografia toracica, è possibile, in fase di triage, distinguere un polmone non edematoso e non interstizipatico con pattern normale definito “dry” da un polmone edematoso con pattern “a comete” definito “wet”. Tra i soggetti con polmone “dry” rientrano soprattutto i pazienti con BPCO o embolia, mentre tra i soggetti con polmoni “wet” rientrano i pazienti con scompenso cardiaco.

Le comete polmonari sono “artefatti”, sono segnali ecogeni che partono puntiformi dalla linea pleurica e si proiettano in basso mobili col movimento pleurico. Quando sono molto numerose, tendono a fondersi in campi ecogeni (bianchi) relativamente al polmone normale. Poiché le comete polmonari indicano un'alterazione della areazione del polmone globale o localizzata, sono un segno facilmente distinguibile di interstiziopatia locale o diffusa. La comparsa più frequente di comete diffuse è l'edema polmonare, in cui vi è



l'accumolo di liquidi nella sede dell'interstizio, l'assenza invece di comete esclude la presenza di edema polmonare e viene riscontrata in soggetti con BPCO, asma, enfisema o embolia.

L'esame viene eseguito con una sonda convex di 5 Mhz posizionata negli spazi intercostali di destra e di sinistra, iniziando nel secondo/terzo



spazio intercostale in parasternale e ascellare anteriore, procedendo in basso negli spazi quinto e sesto a livello ascellare anteriore/ascellare media e concludendosi a livello ascellare medio e posteriore negli ultimi spazi in cui è visibile il polmone. Un altro esame importante, da eseguire nei reparti di emergenza e che richiede un accurato addestramento, è la tecnica FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma), una metodica che consiste in uno screening eseguito sul paziente allettato attraverso l'utilizzo di ultrasuoni per la ricerca di sangue che si raccoglie intorno al cuore (tamponamento cardiaco) od agli organi addominali (emoperitoneo) dopo un trauma fisico. Lo scopo principale è di identificare un'emorragia interna in un paziente politraumatizzato, per avviarlo immediatamente in sala operatoria se emodinamicamente instabile oppure per candidarlo ad approfondimenti diagnostici di secondo livello se la stabilità dei parametri vitali lo consente.

La FAST esamina fondamentalmente quattro scansioni ecografiche a livello dell'addome alla ricerca di "versamento libero": 1. quadrante superiore destro dell'addome (mirata alla ricerca di versamento nello spazio o tasca di Morrison, nella regione sovraepatica e nel seno costodiaframmatico di destra); 2. sottocostale (mirata alla ricerca di una eventuale raccolta di liquido nel cavo pericardico (versamento pericardico) e permette inoltre una stima della capacità di contrazione del miocardio); 3. quadrante su-

periore sinistro dell'addome (mirata alla ricerca di versamento nell'area delle strutture localizzate intorno alla milza (area perisplenica) e nel seno costodiaframmatico sinistro); 4. ipogastrio (mirata alla ricerca di versamento nello spazio rettovescicale (spazio di Douglas).

Il versamento libero così identificato, nel contesto di una

lesione traumatica, è normalmente dovuto alla presenza di sangue.

Concludendo, posso affermare che l'ecografia infermieristica è "un'abilità" specialistica di ausilio nella nostra pratica assistenziale, un'abilità che permette di dare risposte assistenziali sempre più orientate verso i pazienti in un sistema di salute in continua evoluzione in cui è necessario un costante aggiornamento professionale per fornire uno standard assistenziale sempre più elevato e rispondere ai vari bisogni terapeutici e curativi dell'assistito. Per questo l'ecografia rappresenta una tecnica fondamentale e di supporto per la nostra professione che dovrebbe essere utilizzata costantemente all'interno della realtà sanitaria e assistenziale.

@ Bibliografia e sitogr@fi@

Gestione degli accessi venosi, GAVeCeLT, Barbara Garofoli e Gerardina De Nisco 2007
 Ecografia infermieristica, Luca Romei, Antonietta Sabatini, Catia Biagioni, Gino Soldati, Edizione Medico Scientifiche 2009
<http://ecografieroma.it> <https://www.ipasvibo.it>
<https://www.dottori.it> <https://www.iris.sssup.it>
<http://www.federica.unina.it>

"L'UOMO OLTRE LA DIVISA" ANALISI DELLA PERCEZIONE DEL RUOLO DEGLI INFERMIERI NEL TERREMOTO DEL CENTRO ITALIA: L'ESPERIENZA DEL C.I.V.E.S.



dott.ssa *Domenica Ferrante* - Laureanda
 dott. *Pio Lattarulo* - Relatore

ABSTRACT

«*Ogni persona che incontri sta combattendo una battaglia di cui non sai nulla. Sii gentile, sempre*»
 (John Watson 1850 – 1907)

Questa dissertazione si presenta come atto conclusivo della laurea in Infermieristica e ha come tema la percezione che gli infermieri hanno di loro stessi e del loro ruolo nelle maxiemergenze e nelle catastrofi. Affinché si potesse concretizzare questo lavoro di tesi si è preso in esame uno specifico evento, ossia il terremoto che ha colpito il centro della penisola italiana nell'estate del 2016 e gli interventi attuati dagli infermieri volontari appartenenti alla C.I.V.E.S. ONULUS durante lo stesso.

I terremoti sono fra i avvenimenti naturali più pericolosi e distruttivi: improvvisamente la terra inizia a tremare e si spacca fino a cedere sotto i nostri piedi. Quando colpiscono niente e nessuno è al sicuro.

Ogni anno il pianeta è scosso da milioni di eventi sismici, la maggior parte dei quali quasi impercettibili, ma almeno una volta l'anno, in qualche parte del mondo, il colpo lascia il segno e nell'agosto del 2016 è toccato alla nostra Italia. Questo terremoto, avvenuto circa un anno fa, ha registrato ben 299 morti e 388 feriti: "È stato un incubo. Ci siamo svegliati alle 3.35 con i mobili che crollavano e i muri che si muovevano di un metro. Siamo riusciti a uscire dalle case in fretta e furia, alcuni sono ancora in mutande qui in strada. Abbiamo acceso un fuoco in piazza e siamo andati a tirare fuori gli anziani dalle abitazioni".

Così, per la prima volta, la mia generazione ha potuto toccare con le proprie mani e osservare con i propri occhi una fra le più devastanti tragedie che hanno percosso il suolo italiano. Uno scenario senza precedenti che ha necessitato del coinvolgimento di numerosissime figure professionali e non: vigili del fuoco, soccorso alpino, esercito, volontari e gli stessi cittadini. In questa discussione,

in particolare, ci siamo soffermati sulla partecipazione attiva dell'infermiere soccorritore e sulla sua reazione all'evento. Ma qual è la percezione che questi hanno del loro ruolo nelle catastrofi? E quali sono le ripercussioni che questi interventi esercitano sulla loro persona?

Per rispondere a queste domande, che sono poi il fulcro dell'elaborato, si è pensato di sottoporre ad una serie di domande i principali protagonisti che sono intervenuti nel sisma del 24 agosto 2016 e nello specifico sono stati presi in esame gli infermieri volontari appartenenti ad una ONLUS, quelli del Coordinamento Infermieri Volontari Emergenza Sanitaria.

Il C.I.V.E.S. è una organizzazione sanitaria infermieristica di volontariato non lucrativa. Nasce nel 1998 per volontà della Federazione dei Collegi IPASVI e su perseverante incoraggiamento dell'allora presidente del Collegio di Sondrio Ercole Piani, da sempre attento all'intero mondo del volontariato. C.I.V.E.S. viene istituita come associazione di volontariato ma con la prerogativa di arruolare esclusivamente infermieri professionisti.

L'obiettivo primario dell'organizzazione è quello di mettere a disposizione volontari competenti che sappiano pertanto con perizia intervenire nelle attività di emergenza sanitaria in Italia e all'Estero e organizzare iniziative di prevenzione sanitaria. In pratica un intervento a tutto campo di volontari infermieri che possano fornire una presenza qualificata in tutti i settori della sanità.

Nonostante la centralità dei cittadini, ai quali la figura infermieristica si è sempre mostrata vicina, la C.I.V.E.S. ONLUS viene istituita anche con l'intenzione di restituire valore a tutti quegli infermieri che operavano nella Protezione civile, rimarcando lo straordinario contributo dell'infermieristica all'interno della Protezione civile stessa.

Inizialmente vengono istituiti 20 nuclei sparsi su tutta la penisola italiana. Nei primi tempi la mancata iscrizione dell'associazione ai registri di volontariato, riconosciuti a livello nazionale,



non le ha permesso di accedere, cosa molto importante, ai finanziamenti istituzionali. Pertanto all'associazione mancava quella disponibilità economica necessaria per provvedere anche alle piccole cose, come la possibilità di acquistare le divise personali da fornire ai singoli soci in caso

di impiego in missione. La quota associativa risultava, infatti, appena sufficiente al pagamento delle assicurazioni (responsabilità civile, professionale e infortuni) ed al funzionamento dell'associazione.

In virtù di un contesto così incerto molti nuclei interruppero la loro attività e molti colleghi, che in questo periodo si dimostrarono interessati al progetto, rimasero amareggiati e poco fiduciosi di una associazione ancora giovane e soprattutto priva di una organizzazione ben definita e di strutture adeguate.

Tuttavia, il clima di scetticismo allora creatosi non fece desistere i nuclei "storici" di Firenze, Brescia, Lecce, Catania e l'appena nato nucleo di Chieti, restii ad abbandonare l'iniziativa sostenuta dal collegio IPASVI. L'elemento chiave per la continuazione sono stati i primi impieghi in missioni ed esercitazioni di Protezione civile insieme all'arrivo dei primi riconoscimenti istituzionali.

L'associazione ha dovuto infatti seguire una lunga e farraginoso trafila burocratica per potersi accreditare prima a livello provinciale, poi a livello nazionale. Senza arrendersi e continuando ad intervenire senza sosta nelle situazioni più avverse, i primi nuclei hanno iniziato a conseguire traguardi importanti e C.I.V.E.S. finalmente ha potuto iscriversi nel registro nazionale del volontariato. Le missioni e le attività di promozione alla salute finalmente iniziavano ad aumentare in numero ma anche in qualità e la stessa Protezione civile inizia ad apprezzare il lavoro di questa associazione.

Ricorrendo in parte all'autofinanziamento e in parte a sponsor esterni alcuni nuclei iniziano ad acquistare le divise: elemento fondamentale per assicurare comfort e sicurezza ma an-

che visibilità. Da allora il C.I.V.E.S. può vantare la collaborazione nelle più svariate missioni di soccorso umanitario, in innumerevoli attività di promozione alla salute e di prevenzione e attività di soccorso sanitario nel terremoto che ha colpito l'Abruzzo. Inoltre alla luce dell'esperienza degli infermieri volontari C.I.V.E.S. nell'emergenza Abruzzo, durante la quale sono emerse le criticità di intervento in una situazione molto grave, di ampie proporzioni e di lunga durata, per migliorare l'efficacia del soccorso l'associazione ha collaborato nell'istituzione del Master di primo livello in Infermieristica di Protezione Civile. La crescita di questa organizzazione e la sua sempre maggiore imposizione sul territorio italiano ha accompagnato lo sviluppo formativo e normativo che negli ultimi anni ha interessato la professione infermieristica, lasciandosi influenzare e influenzando a sua volta. È anche grazie all'operato di C.I.V.E.S. che oggi gli infermieri sono impiegati in attività di Protezione civile a pieno titolo e viene che viene loro riconosciuta la professionalità nello svolgimento dei loro interventi. Dunque, proprio come la professione infermieristica, che lentamente e non con poche difficoltà ma con costanza e determinazione è riuscita a raggiungere traguardi importanti, allo stesso modo C.I.V.E.S. ha conquistato la propria posizione nel panorama sanitario italiano ed è oggi una associazione affermata a livello nazionale, iscritta nel registro delle ONLUS e riconosciuta all'interno del dipartimento di Protezione civile.

Oggi l'associazione lavora in stretta collaborazione con enti quali la Federazione nazionale dei Collegi IPASVI, l'Enpapi (Ente Previdenziale degli Infermieri), il Dipartimento della Protezione civile (gli infermieri C.I.V.E.S. sono infermieri di Protezione civile), le Regioni e i Comuni con cui i nuclei provinciali possono gestire situazioni di emergenza in piena autonomia.

C.I.V.E.S. si edifica su un assunto fondamentale così come desumibile anche dal documento preliminare di costituzione dell'associazione, ovvero che "Il mondo infermieristico è da sempre ... sensibile al tema della solidarietà e dell'aiuto delle fasce deboli ed alle popolazioni vittime di

disastri e calamità ... L'idea che nasce con C.I.V.E.S. è quella di organizzare lo spirito di solidarietà dei professionisti costruendo un sistema di intervento volontario che esalti le competenze e le specializzazioni che gli infermieri sono in grado di esprimere". I nuclei C.I.V.E.S., nelle varie province italiane, oggi sono in costante crescita. Non è un caso che il dipartimento della Protezione civile richieda costantemente l'intervento degli infermieri volontari per poter offrire ai cittadini una risposta sempre più efficace. Partendo proprio dal ruolo che l'infermiere riveste nella società, che lo identifica come una figura che interviene e supporta il cittadino nei suoi svariati bisogni, diviene prerogativa dell'associazione quella di garantire attività di soccorso ma anche di prevenzione alla salute. Dunque risulta necessaria oltre che imprescindibile la preparazione e la formazione degli infermieri che aderiscono a questa organizzazione in virtù della quale, soprattutto negli interventi in emergenza sia intra che extra ospedalieri, l'infermiere deve essere in grado, in tempi ristretti, di analizzare la situazione, le sue possibilità di intervento, le modalità di trasporto, l'assegnazione del codice di priorità (triage) e di saper lavorare in stretto contatto con altre figure quali medici e altri soccorritori durante la stabilizzazione della vittima.

Sono tutte attività che richiedono peculiari caratteristiche negli infermieri, che devono essere celeri e precisi nonostante le situazioni in cui si trovano ad operare siano spesso drammatiche e imprevedibili. L'infermiere C.I.V.E.S. deve conoscere i propri limiti ma anche le proprie possibilità per poter attuare interventi di qualità, anche nel rispetto della sua stessa professione, per questo è necessario che partecipi a corsi di formazione periodici che lo mantengano durevolmente aggiornato. Ancora, partecipa attivamente alla formulazione di piani di emergenza per un numero cospicuo di feriti o a quella di piani di emergenza intraospedalieri, alla stesura di protocolli operativi in caso di maxi emergenze, dando il suo contributo nelle commissioni ed ai tavoli dove vengono attuate e pianificate le strategie di Protezione civile.

Da un punto di vista normativo invece, C.I.V.E.S. richiede infermieri con competenze differenti: emergenza e terapia intensiva ospedaliera, area medica, area chirurgica, area pediatrica, emodialisi, ortopedia e traumatologia, salute mentale, sanità pubblica ed assistenza territoriale, cosicché per l'associazione sia possibile intervenire nelle fasi di emergenza ma anche successivamente, quando si rende necessario intervenire con competenze differenti.

Oltre che ad una specifica competenza per poter fare parte concretamente dell'associazione, aldilà degli ideali condivisi, bisogna che infermieri e infermieri pediatrici risultino regolarmente iscritti all'albo IPASVI di pertinenza e che se per un qualsiasi motivo, dovesse venir meno l'iscrizione di un socio al relativo albo, questo decadrà anche dalla posizione di socio dell'Associazione.

"Gli infermieri del Cives", commentava la presidentessa Ipasvi Barbara Mangiacavalli a proposito dell'intervento nelle zone terremotate "hanno in questo modo l'opportunità, e sono pronti a farlo, di dimostrare con questa ulteriore chiamata, una volta di più, l'importanza della loro Associazione e la loro volontà di guardare positivamente al futuro secondo i valori del Cives, ampiamente consolidati e soprattutto secondo quelli della nostra professione"

L'obiettivo principale dell'associazione è quello di fornire ai Servizi Sanitari Regionali rinforzi sia di personale che di specifiche attrezzature. Il Dipartimento di Protezione civile infatti valuta il numero di professionisti sanitari di cui necessita e invia una richiesta al Presidente Nazionale dell'asso-

ciazione che provvederà a darne comunicazione a ciascun nucleo. Questi poi risponderanno secondo le proprie disponibilità inviando unità specializzate nelle zone presso le quali è richiesta la loro presenza. Principalmente gli infermieri C.I.V.E.S. esercitano le loro mansioni presso il PASS (Punto di Assistenza Socio Sanitaria). Il primo giorno è di identificazione e di analisi dei bisogni della popolazione che vengono catalogati relativamente alle loro criticità, mentre gli esperti si occupano di montare il PASS. Quest'ultimo si caratterizza come un poli-ambulatorio campale che viene montato in situazioni di emergenza in sostituzione dei Posti Medici Avanzati (PMA) allestiti invece da subito per soccorrere i feriti gravi. Possono essere costituiti da shelter o da tende ma indipendentemente dalla tipologia di strutture che lo compongono tutti gli ambienti e i percorsi devono essere privi di barriere architettoniche e quindi accessibili a disabili, anziani e bambini. I PASS oltre al servizio segreteria e ad un'area accoglienza si presentano forniti di una zona prelievi e di ambulatori di medicina generale, infermieristica, pediatria, diabetologia, angiologia, cardiologia, assistenza psicologia, assistenza sociale, psichiatria e neuropsicologia infantile. In alcuni possono essere presenti anche dei container che fungono da farmacia e ambulatori di oculistica e odontoiatria.

Oltre che l'azione d'intervento nel PASS, l'intervento degli infermieri C.I.V.E.S. è correlato allo scenario e all'organizzazione dei soccorsi quindi

può trovarsi ad operare anche al Posto Medico Avanzato, sulle ambulanze, negli ospedali e nelle aree fredde.

Sono aperte 7 giorni su 7, con orario 8.00 - 20.00, mentre dopo le 20.00 il servizio notturno è garantito dalla guardia medica.

Gli infermieri C.I.V.E.S. maggiormente si occupano di individuare i bisogni assistenziali degli assistiti in una situazione in cui vi è un forte danneggiamento delle principali zone di riferimento (farmacie, studi medici, etc.) e di accompagnarli nella migrazione obbligata in zone distanti dalla loro residenza. In genere l'infermiere si prende cura di soggetti con patologie croniche come diabetici, che necessitano di insulina, o patologie respiratorie, che necessitano di bombole di ossigeno.

L'infermiere nelle catastrofi: oltre i ruoli e le competenze

La medicina delle grandi emergenze e delle catastrofi può essere definita come la disciplina medica che si occupa dello studio e dell'applicazione di tutte le procedure mediche e di primo soccorso che devono essere eseguite per la prevenzione, la risposta immediata ed il recupero da una maxiemergenza o da una catastrofe, in collaborazione con tutte le altre scienze implicate nell'evento. Più precisamente la medicina delle catastrofi è data dall'insieme di più discipline con obiettivi comuni, ovvero finalizzate al contenimento delle sequele e del numero di vittime. L'intervento deve essere attuato nel tempo più breve possibile per evitare complicazioni (la medicina d'urgenza), in condizioni differenti da quelle che un infermiere affronta in ambiente ospedaliero (la medicina sul campo). I trattamenti non si possono definire sofisticati ed è importante rispettare una scala gerarchica (la medicina militare), i soccorritori devono essere capaci di adattarsi alle differenti situazioni (medicina di adattamento), pur conoscendo i piani d'emergenza elaborati in una fase preventiva (medicina di dottrina).

L'obiettivo della medicina delle catastrofi è infatti quello di trattare il maggior numero di vittime, meglio e più in fretta possibile limitando le conseguenze e le perdite. Il risultato dell'evento

è strettamente dipendente dal tempo e dalla organizzazione con la quale vengono condotti gli interventi. Ad esempio, di fronte ad una vittima che ha bassissime probabilità di sopravvivenza e che richiede l'utilizzo del 20% delle risorse messe a disposizione si preferisce intervenire su altri 10 feriti in condizioni meno compromesse della prima ma che potrebbero peggiorare se non soccorsi immediatamente.

Da un punto di vista etico si hanno enormi difficoltà a comprendere questo tipo di ragionamento che invece logicamente è supportato da un assunto imprescindibile per chi lavora in questi ambiti e cioè che dieci vite sono meglio di una. Una "maxiemergenza" si può definire come un qualsiasi evento che determina un numero di vittime tale per cui il numero di richieste di soccorso è maggiore rispetto a quello di una normale emergenza, ma comunque gestibile poiché le strutture sanitarie responsabili della gestione e del trattamento delle emergenze sono funzionanti. Un esempio di maxiemergenza può essere un tamponamento autostradale con un numero elevato di feriti oppure lo scoppio di una bombola del gas che coinvolge l'intera struttura condominiale. In entrambi si crea una improvvisa sproporzione fra il numero delle richieste di soccorso inviate e le risorse disponibili ma con i sistemi di soccorso, inclusi gli ospedali, perfettamente intatti e funzionanti per risolvere la situazione in meno di 12 ore. Un "disastro" si può definire invece come una situazione in cui le risorse disponibili sono insufficienti a soddisfare la richiesta di soccorso immediato e dove la severità dell'evento è tale che la normale qualità dei servizi sanitari non può essere mantenuta a lungo. L'entità del danno è talmente estesa da creare un sovvertimento dell'ordine sociale. Il terremoto del centro Italia infatti non dev'essere definito maxiemergenza bensì catastrofe in quanto la gravità del fenomeno è di proporzioni talmente estese che gli stessi sistemi di soccorso risultano incidentati o comunque incapaci a funzionare. La durata dei soccorsi invece può risolversi nelle sei ore, può essere compresa tra le sei e le ventiquattro oppure addirittura superiore alle ventiquattro ore.



Organizzazione del Posto di Assistenza Socio Sanitaria (fonte: Mediatore interculturale)

Una catastrofe si articola in più fasi che si succedono in ordine nel tempo e nelle quali variano gli interventi da attuare. Nel corso di queste fasi è richiesto l'intervento di vari professionisti sanitari, di leader di governo ma anche di organizzazioni governative e non, etc. Le fasi del disastro, descritte nel modello di disaster management su cui è basato il framework sviluppato dall'ICN (International Council of Nurses) e dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), sono tre:

PRE-INCIDENT (PREPARAZIONE): comprende tutte quelle attività finalizzate alla prevenzione del disastro così da limitarne l'impatto sulle popolazioni e sulle comunità.

È la più critica delle tre fasi e può essere definita come "l'insieme delle attività e delle misure adottate in anticipo per garantire una risposta efficace per i potenziali rischi, come il dare dei preallarmi puntuali ed efficaci e l'evacuazione temporanea di persone e di proprietà da località a rischio". La preparazione include il reclutamento dei volontari, la pianificazione degli interventi, l'organizzazione di training, l'educazione alla popolazione oltre che esercitazioni e valutazioni.

Questa fase prevede inoltre la realizzazione di piani di emergenza che descrivono quali azioni devono essere intraprese per ridurre o eliminare il rischio nel lungo termine. I piani di emergenza riportano tutte le procedure da attuare quando si verifica un evento, questi vengono classificati a seconda del rischio e delle aree del territorio italiano a livello delle quali si manifesta la catastrofe.

INCIDENT (RISPOSTA): in questa fase si applicano gli interventi atti a proteggere la popolazione. L'infermiere si trova ad operare in una condizione che normalmente nella quotidianità non affronta, dove le risorse scarseggiano, la comunicazione diviene difficile e l'assistenza deve adattarsi alla disponibilità di presidi e farmaci. È la fase che sussegue l'evento e durante la quale vengono messi in atto tutti gli interventi necessari alla tutela della popolazione.

POST-INCIDENT (RIPRESE E RIABILITAZIONE): è la fase più lunga delle tre poiché tutti gli interventi sono atti alla ripresa e alla riabilitazione dell'individuo, della famiglia e della comunità. Le attività di recupero continuano fino al momento in cui tutti i sistemi non saranno tornati alla normalità o comunque migliorati. L'infermiere in questo contesto deve saper fornire assistenza e supporto alle vittime fisico e psicologico e svolgere attività di sensibilizzazione, educazione e responsabilizzazione della comunità colpita.

Il codice di deontologia infermieristica del 2009 all'art.18 cita testualmente "l'infermiere, in situazioni di emergenza – urgenza, presta soccorso e si attiva per garantire l'assistenza necessaria. In caso di calamità si mette a disposizione dell'autorità competente"

Non è possibile adoperarsi in queste aree senza seguire uno specifico piano di emergenza sanitaria, alla base del quale bisogna inserirvi l'importanza di sapersi organizzare nelle aree di soccorso secondo criteri ben definiti e avere operatori che sappiano eseguire le proprie mansioni nel rispetto delle linee guida e dei valori che identificano la professione infermieristica. La necessità è di essere disciplinati e di saper rispettare una predefinita gerarchia senza fraintendimenti per attivare figure che siano attive sul territorio piuttosto che quelle che presteranno servizio nel PASS. In questo lavoro si è provveduto alla raccolta delle esperienze personali vissute dagli stessi operatori edelle storie di vita di chi invece ha affrontato la tragedia sulla propria pelle: storie di uomini e donne che hanno perso tutto, dalle proprie abitazioni al proprio lavoro fino, nei casi più gravi, ai propri familiari.

La difficoltà di una popolazione che nonostante tutto non si è arresa e che ha continuato a lottare e a farsi forza. Nessuna differenza: le difficoltà degli anziani, la disperazione degli adulti, l'ingenuità dei bambini e poi le severe problematiche dei malati cronici e dei disabili costretti ad affrontare la situazione con ancora maggiori difficoltà.



*Corso avanzato riservato agli
Infermieri Coordinatori: vantaggi
per i cittadini, per le aziende sanitarie,
per la professione*



*Dal 10 Marzo
al 4 Maggio 2018*

**Sede: Ordine Professioni
Infermieristiche Taranto**

*Corso riservato a Iscritti OPI (già IPASVI) Taranto:
40 INFERMIERI COORDINATORI - 10 INFERMIERI PEDIATRICI COORDINATORI -
10 INFERMIERI GENERALISTI CON TITOLO A.F.D.
o MASTER PER FUNZIONI DI COORDINAMENTO*

QUOTA DI ISCRIZIONE: 30 €

ISCRIZIONI ON LINE www.ipasvitaranto.com
a partire dal 19-02-2018

Evento 3859

50 ECM



INFERMIERE E OPERATORE SOCIO SANITARIO

QUALE CAMBIAMENTO

1
EDIZIONE

14 MARZO 2018, h. 12.00-20.15

PRESIDIO OSPEDALIERO OCCIDENTALE
VIA DEL MERCATO 1, CASTELLANETA, TA

2
EDIZIONE

20 MARZO 2018, h. 12.00-20.15

I.I.S.S. LUIGI EINAUDI
VIA PAOLO BORSELLINO 20, MANDURIA, TA

3
EDIZIONE

08 MAGGIO 2018, h. 12.00-20.15

SALA CONVEGNI IPASVI TARANTO
VIA SALINELLA 15, TARANTO

CORSO GRATUITO riservato a Iscritti IPASVI Taranto:
70 INFERMIERI; 10 INFERMIERI PEDIATRICI

Evento 3858

5.6 ECM

ISCRIZIONI ON LINE www.ipasvitaranto.com
a partire dal 15-02-2018



INFERMIERE E OPERATORE SOCIO SANITARIO

QUALE CAMBIAMENTO

4
EDIZIONE

11 APRILE 2018, h. 12.00-20.15

PRESIDIO OSPEDALIERO VALLE D'ITRIA
VIA S. FRANCESCO DA PAOLA 1, MARTINA FRANCA, TA

CORSO GRATUITO riservato a Iscritti IPASVI Taranto:
70 INFERMIERI; 10 INFERMIERI PEDIATRICI

Evento 3858

5.6 ECM

ISCRIZIONI ON LINE www.ipasvitaranto.com
a partire dal 22-02-2018

