



AGORA

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como



Il Consiglio Direttivo augura Buone Feste

S o m m a r i o

- * Editoriale
- * Commissione Agorà
- * Commissione Formazione - E.C.M.
- * Lettera da un iscritto
- * Assistenza inf.ca ad un paziente
- * che esegue una TAC.....
- * Nuovi diplomati
- * Riflessioni di un Consigliere
- * EBN: Buona Morte
- * Segreteria informa

Sede, Redazione,
Amministrazione
Collegio IPASVI
viale C. Battisti, 8
22100 ComoProprietario
Collegio IPASVI
ComoTipografia
Cograf - Vanzago (MI)Trimestrale informati-
vo del Collegio
IPASVI di ComoPubblicazione autoriz-
zata dal Tribunale di
Como con decreto
1/98 del 09/02/98Per contattarci:
Tel. 031.300218
Fax 031.262538
E-mail:
ipasvico@tin.it**I**nfermieri protagonisti della scena sociale

Ce l'abbiamo fatta!!

Nella corsa del decreto legge per affrontare l'emergenza infermieristica, il governo ha inserito, all'ultimo, il comma per l'equipollenza dei titoli pregressi degli infermieri (diploma di IP e diplomi universitari) alla laurea di primo livello con la possibilità di accedere alla laurea specialistica ed ai master.

Durante il Consiglio Nazionale del 10 novembre u.s. abbiamo infatti appreso la notizia che il giorno prima il governo aveva inviato al Quirinale per la firma, il decreto legge recante

“ **Disposizioni urgenti in materia sanitaria**” e che il Capo dello Stato lo aveva firmato la mattina del 10 novembre.

L'urgenza del provvedimento normativo è legata alla drammatica situazione di carenza infermieristica, e prevede la possibilità per gli infermieri dipendenti di effettuare prestazioni orarie aggiuntive assimilabili ai fini fiscali e contributivi alla libera professione.

In sintesi le novità previste sono:

1 - Le prestazioni aggiuntive devono essere rese per garantire gli standard assistenziali nella degenza e l'attività delle sale operatorie. Le modalità di utilizzo nonché la remunerazione viene concordata in trattativa aziendale tra amministrazione ed RSU. Indubbiamente tale provvedimento non risolve il problema della carenza ma permette di affrontarlo con un orientamento omogeneo senza ricorrere a provvedimenti e decisioni aziendali spesso singolari o comunque notevolmente differenziate.

2 - Altra novità è rappresentata dalla possibilità di prevedere una formazione complementare in assistenza sanitaria per l'O.S.S. che può così collaborare con l'infermiere e/o l'ostetrica secondo direttive impartite da questi ultimi e sotto la loro supervisione: tale tematica, data la criticità che ne deriva, verrà ripresa dal Collegio in un momento successivo.

3 - Ancora si riconosce valutabile ai fini della carriera il master di primo livello specialistico conseguito ai sensi dell'art. 8 c. 3 D.M. 509/99.

4 - Infine il comma 10 del D.L. recita: “ **I diplomi conseguiti dagli infermieri in base alla normativa precedente all'istituzione dei corsi di laurea in infermieristica e che abbiano consentito l'iscrizione agli albi professionali IPASVI, sono validi ai fini dell'accesso ai corsi di laurea specialistica in scienze infermieristiche, ai master e agli altri corsi di for-**

mazione post - base attivati dalle università...

Questo significa che ogni infermiere in possesso della maturità può accedere alla laurea specialistica ed ai master; significa che anche il percorso formativo dei coordinatori (capo sala) può essere legittimato nel master di coordinamento, significa che solo gli infermieri, finora hanno la piena equipollenza del titolo non solo per l'esercizio ma anche per la formazione.

Certo si tratta di un decreto legge che deve ritornare alla camera per la conversione in legge entro 60 giorni: diventa allora indispensabile, mai come in questo momento, restare uniti a tutti i livelli della professione e sostenere tale conversione in legge che riconosce e tutela tutti gli infermieri italiani. Questa solidarietà professionale si rende indispensabile ancorché le resistenze non sono solo nel “mondo esterno” ma anche e soprattutto nel “mondo interno” delle altre professioni sanitarie.

Se non vogliamo invalidare i risultati ottenuti fin qui dalla Federazione Nazionale, occorre che ognuno di noi faccia la sua parte.

**DECRETO LEGGE RECANTE DISPOSIZIONI URGENTI
IN MATERIA SANITARIA****ARTICOLO 1**

Prestazioni aggiuntive programmabili da parte degli infermieri professionali dipendenti ed emergenza infermieristica

Le aziende unità sanitaria locale e le **a)** di riammettere in servizio infermieri e tecnici sanitari di radiologia medica e aziende ospedaliere, previa autorizzazione della Regione e nei limiti delle risorse finanziarie connesse alle cor-

rispondenti vacanze di organico ricom-

1. In caso di accertata impossibilità a coprire posti di infermiere e di tecnico sanitario di radiologia medica median-

prese nella programmazione triennale tempo determinato, anche al di fuori delle ipotesi previste dall'articolo 17 bis, della legge 27 dicembre 1997, n. 449 e successive modificazioni, hanno durata massima di un anno, rinnovabili, con le modalità e i criteri indicati

dai commi 2, 3, 4, 5, 6 e 7 dello stesso articolo.

2. Fermo restando il vincolo finanziario di cui al comma 1 e comunque non oltre il 31 dicembre 2003, le aziende unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le residenze sanitarie per anziani e gli istituti di riabilitazione, previa autorizzazione della Regione, possono remunerare agli infermieri dipendenti prestazioni orarie aggiuntive rese al di fuori del l'impegno di servizio, rispetto a quelle proprie del rapporto di dipendenza; tali prestazioni sono assimilabili, ai soli fini fiscali e contributivi, alla libera professione ancorché resa al l'amministrazione di appartenenza.

3. Sono ammessi a svolgere prestazioni aggiuntive gli infermieri dipendenti della stessa amministrazione, in possesso dei seguenti requisiti:

a) essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo pieno da almeno 6 mesi;

b) essere esenti da limitazioni anche parziali o prescrizioni alle mansioni come certificate dal medico competente;

c) non beneficiare, nel mese in cui è richiesta la prestazione aggiuntiva, di istituti normativi o contrattuali che comportino la riduzione, a qualsiasi titolo, dell'orario di servizio, comprese le assenze per malattia.

4. L'amministrazione interessata utilizza in via prioritaria le prestazioni aggiuntive per garantire gli standard assistenziali nei reparti di degenza e l'attività delle sale operatorie.

5. La tariffa di tali prestazioni aggiuntive a favore dell'amministrazione di appartenenza e i tetti massimi individuali della stessa sono determinati, previa consultazione delle organizzazioni sindacali in sede decentrata, in

misura compatibile con il vincolo finanziario di cui al comma 1.

6. Le disposizioni di cui ai commi 1, lettera b), 2 e 5 si applicano, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, sino all'entrata in vigore di una specifica disciplina contrattuale e, comunque, non oltre la data del 31 dicembre 2003.

7. Il ministro della Salute individua, con proprio decreto emanato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le figure di operatori professionali dell'area sanitaria nonché, di concerto con il ministro del Lavoro e delle politiche sociali, le figure professionali operanti nell'area socio-sanitaria ad alta integrazione sanitaria che possono essere formate attraverso corsi organizzati e finanziati a cura delle Regioni. Con lo stesso decreto sono stabiliti standard minimi di insegnamento teorico e di addestramento pratico, nonché le modalità di nomina della Commissione e di espletamento del l'esame finale. I predetti corsi sono svolti dalle aziende sanitarie e dalle altre strutture sanitarie pubbliche e private autorizzate dalle Regioni.

8. Fino a quando non si procederà ai sensi del comma 7, per l'operatore socio-sanitario restano confermate le disposizioni di cui all'accordo intervenuto il 22 febbraio 2001 in sede di Conferenza Stato-Regioni fra il ministro della Salute, il ministro del Lavoro e delle politiche sociali e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Con la stessa procedura è disciplinata, per l'operatore socio-sanitario la formazione complementare in

assistenza sanitaria che consente a detto operatore di collaborare con l'infermiere o con l'ostetrica e di svolgere autonomamente alcune attività assistenziali in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione.

9. Il conseguimento del master di primo livello di tipo specialistico in Scienze infermieristiche, organizzato dalle università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del decreto ministeriale n. 509/1999, costituisce titolo valutabile ai fini della carriera.

10. I diplomi conseguiti dagli infermieri in base alla normativa precedente all'istituzione dei corsi di laurea in infermieristica e che abbiano consentito l'iscrizione agli albi professionali Ispasvi, sono validi ai fini dell'accesso ai corsi di laurea specialistica in Scienze infermieristiche, ai master e agli altri corsi di formazione post base attivati dalle università. All'articolo 1, comma 1, della legge 2 agosto 1999, n. 264, alla lettera a), dopo la parola "architettura" è inserita la seguente locuzione: "ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie".

11. In ogni caso restano fermi i vincoli finanziari previsti dall'accordo tra Governo, Regioni e Province autonome del l'8 agosto 2001.

ARTICOLO 2

Entrata in vigore

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella "Gazzetta Ufficiale" della Repubblica italiana e sarà presentato alle Camere per la conversione in legge.

Commissione Agora'

Con questo numero di Agorà siamo giunti al secondo numero pubblicato con il contributo della ditta Artsana.

Intanto continuiamo a sollecitare il contributo di tutti gli iscritti, in particolare chiedendovi di raccogliere l'invito ad una critica seria e costruttiva riguardo alla rivista, partendo dal nome, come ci viene sottolineato su questo numero da un collega, con garbo ed intelligenza.

Ringraziamo lui e tutti i colleghi che negli anni ci hanno arricchito con il loro contributo, confidando che ancora tanti altri colleghi si sentiranno in dovere di dire la loro.

IP Franco Selva

....raccolgo l'invito che insistentemente, e mi sembra anche sconsolatamente, ci fate ad ogni numero e provo ad inviarvi alcune osservazioni in merito alla "nostra" rivista.

Chi scrive non è un luminare della professione, anzi, mi disinteressa della vita associativa IPASVI, sono estremamente selettivo nella scelta dei convegni e le riviste che arrivano a casa spesso sono cestinate ancora imballate.

Mi considero solo un infermiere di corsia, come tanti. Questo scritto quindi non vuole essere ne' una lezione ne' un rimprovero, ma solo un fraterno scambio di opinioni, sono quindi convinto che possono senz'altro essere considerate parziali e quindi del tutto criticabili.

Sappiatene poi fare l'uso che meglio credete.

Tralascio i complimenti, eccetto quello per l'editoriale che accolgo ed apprezzo sempre con particolare interesse per la puntualità e per l'aggiornamento.

Queste osservazioni riguardano la rivista, ma hanno anche una valenza più generale, soprattutto nell'ultima parte. Si inseriscono quindi pienamente nel dibattito sulla distanza, come è stata definita da una collega in un intervento su uno degli ultimi numeri di Agorà, tra le nostre avanguardie professionali e la base.

1. Il titolo: Agorà.

E' una parola che non mi piace e che trovo lontana dalla mia sensibilità. Forse potrebbe essere indicato per una rivista di filosofia o di poesia, ma gli infermieri non possono trovare qualcosa di più indicato per la loro professione?

Non dico di cadere nella banalità ("L'arcella" o "Il pappagallo" li troverei eccessivi e ridicoli), ma con un po' di sforzo...

2. La grafica e l'impaginazione.

La prima pagina la trovo ingombrante ed alla fin fine inutile. Una grossa A, la foto di una villa del lago, un enorme sottotitolo mi danno l'impressione di una mancanza di idee, un non sapere come riempire lo spazio e che cosa dire.

La grafica e l'impaginazione interne mi sembra che hanno fatto dei passi in avanti. Tempo fa si faceva fatica a distinguere il titolo dal testo degli articoli, c'era molta più confusione tra i colori ed i caratteri usati. C'è stato senz'altro un lavoro per rendere più chiari gli scritti.

3. Il corollario.

E' importante non solo quello che si fa, ma anche il come lo si fa. Per esempio, sul mio lavoro io posso fare terapia di fretta oppure con gentilezza, con sollecitudine o con superficialità.

Così penso anche fare una rivista. La modalità con cui faccio qualcosa qualifica il mio operato, in positivo o in negativo.

Ora non voglio entrare nelle scelte di cui non conosco a fondo le motivazioni e i particolari, però si può accettare la pubblicità solo per delle motivazioni economiche? Quei soldi sono veramente indispensabili? Al di là dei finanziamenti, cosa comporta questo legame con una grossa società multinazionale?

Un altro esempio: l'uso di carta plastificata per la stampa della rivista o di un imballaggio di cellophane da che cosa è dettato? E' una scelta consapevole? "la promozione di uno stile di vita sano e la diffusione di una cultura della salute" (art. 4.1 del codice deontologico 1999) si concilia con l'utilizzo di risorse così poco ecologiche? La sensibilità degli infermieri non può sperare in qualcosa di più attento?

Io penso che qualsiasi scelta, seppur marginale, anche la più piccola, anche nel progetto redazionale di una rivista di un'associazione professionale, alla fin fine riesce a condizionare anche i contenuti, può creare o distruggere l'identità tra gli iscritti, promuove cultura o indifferenza, incide sulla qualità dell'immagine che gli infermieri danno di sé, sia all'interno della loro organizzazione professionale che all'esterno verso la società.

4. I contenuti.

Vedo che su Agorà vengono ospitati dei buoni interventi dal punto di vista tecnico. Però quello che va al di là della tecnica trova raramente posto.

Prendersi cura (è il nostro mestiere no?) è qualcosa che riguarda non solo la manualità o la scienza, ma coinvolge tutta la persona: anche i sentimenti, la passione, la volontà, lo spirito d'iniziativa, la fantasia, la disponibilità al cambiamento, l'ironia ...

Quanto abbiamo bisogno noi infermieri di queste qualità umane!

Siamo degli ottimi tecnici, ma siamo culturalmente ad un livello basso, sì, spesso proprio a partire dai nostri caposala e dai nostri dirigenti.

Nel nostro lavoro non possiamo permetterci di avere una visione parziale. Anche quello che a scuola non ci hanno mai insegnato, almeno ai miei tempi, deve trovare spazio con grande inventiva e disponibilità. Occorre una grande visione per non frammentare il nostro intervento e per non considerare priorità assolute inutili dettagli.

Non è sufficiente sapere le cose, ma anche saperle fare e saperle fare qui e adesso, possedere le capacità di adattare a questo ambiente di lavoro, con questi problemi e con queste carenze, con questi colle-

ghi che mi sono trovato accanto e con questi pazienti che mi sono stati affidati. Uscire dagli schemi che ci siamo imposti e sapersi mettere in gioco nelle nostre relazioni infermiere-paziente, infermiere-infermiere, infermiere-medico e così via.

E saper comunicare!

Abbiamo veramente ancora tanto da imparare e da inventare.

- Per questo voglio provare a rivolgere un desiderio personale alla redazione della nostra rivista e a tutte le infermiere lettrici (che sono così sensibili) ed infermieri: mi piacerebbe tanto leggere anche l'intervento di un collega che mi dica non solo di progetti, ma anche di valutazioni; non solo di idealità, ma anche di limiti; non solo di ciò che si vorrebbe fare, ma anche di quello che si è riusciti a fare o a non fare e di come lo si è fatto. Sentire una testimonianza concreta del proprio lavoro e della propria esperienza, o magari anche di musica, di salario, del proprio tabagismo, di cinema, insomma di vita.

Auguri a tutti.

L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA AD UN PAZIENTE CHE ESEGUE UNA TAC A SPIRALE CON MEZZO DI CONTRASTO ORGANOIODATO

IP Stagni Massimo

Sono un collega e anche se partecipo poco alla vita del nostro Collegio, soprattutto per motivi di tempo e di lontananza da Como (abito a Locate Varesino e lavoro a Gallarate) leggo sempre con molto interesse "AGORA". Ho visto che pubblicate lavori (sempre molto interessanti perchè parlano di esperienze dirette) fatti da infermieri del nostro Collegio.

Io da diversi anni lavoro in radiologia e mi occupo sia di tradizionale, sia di TC, RM, e ultimamente seguo lo scening mammografico come coordinatore.

Per autoaggiornarmi ho preparato un articolo sull'assistenza infermieristica ad un pz che esegue una TC, l'ho inviato a due siti di Collegi (di cui allego indirizzi)

<http://www.vicenzaipasvi.it/>

<http://www.ipasvi.laspezia.net/>

che lo hanno pubblicato. Mi piacerebbe venisse pubblicato su AGORA' sia perchè lo ritengo interessante sia perchè può essere di aiuto a tutti i colleghi.

INDICE

- * NOZIONI SULLA T.C.
- * FUNZIONAMENTO
- * LA TC A SPIRALE
- * MEZZI DI CONTRASTO
- * COSA SONO
- * A COSA SERVONO
- * COME FUNZIONANO
- * EFFETTI COLLATERALI
- * TIPOLOGIA PZ
- * ASSISTENZA INFERMIERISTICA

LA TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA

Le differenze fondamentali tra l'immagine radiografica tradizionale e quella della TC consistono:

* Nel supporto di registrazione dell'immagine e nel metodo d'acquisizione della stessa:

Nella radiologia tradizionale il supporto e' costituito da una pellicola radiografica oppure da nuovi sup-

porti fluorescenti che al massimo permettono di regolare i toni dei grigi

Viceversa l'immagine acquisita da una TC viene definita digitale in quanto formata da una serie di impulsi elettrici, memorizzati in un computer in forma numerica, che permette poi una successiva rielaborazione (ricostruzione)

* Nel movimento dell'apparecchiatura durante l'esecuzione dell'esame:

nella tradizionale, a parte alcuni esami (stratigrafia ortopantomografia ecc) il complesso costituito da PZ, supporto (pellicola), tubo radiogeno al momento dell'acquisizione dell'immagine e' completamente statico.

nella TC il tubo radiogeno e il supporto (detettore) ruotano invece attorno al PZ.

DIFFERENZE TRA UNA TC CONVENZIONALE

E UNA TC A SPIRALE

Nella TCc durante l'acquisizione dei dati necessari per formare un'immagine il tavolo portapaziente e' fermo, mentre ruota attorno ad esso il sistema tubo-detettori, che con una rotazione completa di 360° può acquisire dati di un singolo strato corporeo, per poi tornare nella sua posizione di partenza ruotando in senso opposto. Quindi per acquisire immagini di una regione corporea occorre ripetere l'operazione per un numero di volte sufficiente a coprire tutta la regione, durante l'acquisizione il letto porta Pz è fermo e si sposta tra una acquisizione e l'altra.

Nella TCs l'acquisizione dei dati necessari per formare l'immagine avviene in continuazione mediante un numero elevato di rotazioni continue a 360° del complesso tubo radiogeno-detettori, il lettino avan-

za in modo rettilineo uniforme secondo l'asse longitudinale del Pz, permettendo di esplorare un volume corporeo abbastanza ampio in tempi brevissimi (spesso durante un'unica apnea respiratoria del Pz).

VANTAGGI DELLA TC A SPIRALE

- * Durata dell'esame : l'acquisizione continua di dati rende possibile l'esame di una regione corporea abbastanza ampia in tempi brevissimi, piu' della la metà rispetto alla TCc, permettendo un aumento potenziale del numero dei Pz esaminati e un minor stress per gli stessi in particolar modo se debilitati, politraumatizzati ecc.
- * Qualità dell'immagine: la possibilità di acquisire dati di inte-

re regioni corporee (torace-addome ecc.) con un'unica apnea da parte del Pz permette di avere immagini complete con un'unica scansione. La TCs permette poi la ricostruzione tridimensionale di organi, distretti, cavità

- * Uso del MdC organoiodato: La TCs a parità di indagine permette un minor uso di MdC, ma con un flusso di iniezione molto maggiore (in alcuni casi oltre 3 ml/sec)

I MEZZI DI CONTRASTO ORGANOIODATI

- Esistono fondamentalmente 2 classi di MdC organoiodati:
 - * i composti ionici con osmolarità molto elevata
 - * i composti non ionici a bassa osmolarità

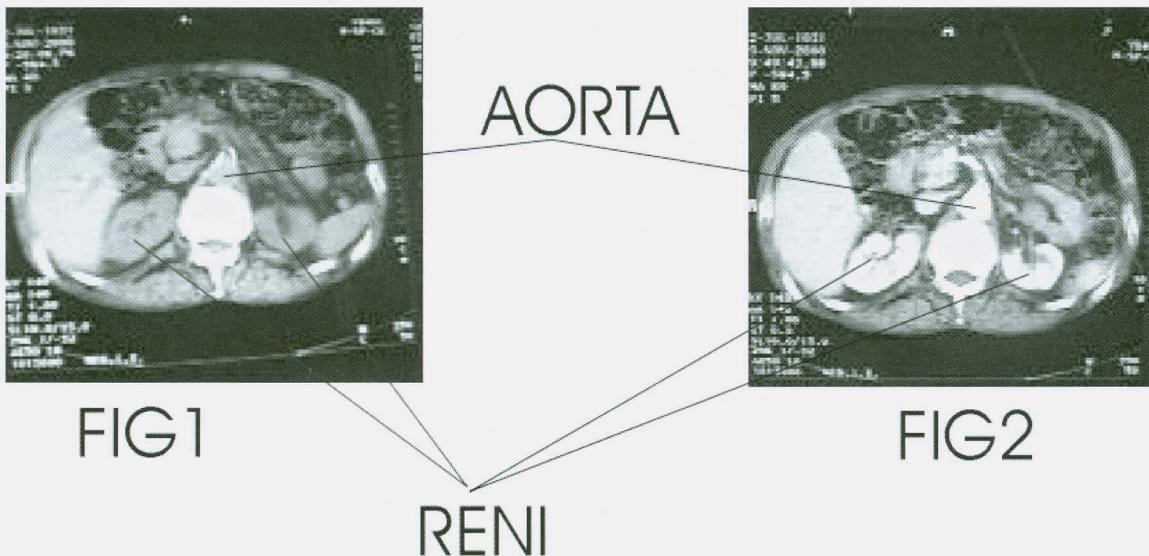
I composti ionici stanno praticamente scomparendo in quanto studi clinici hanno dimostrato una maggiore intolleranza generale e una tossicità acuta sistemica almeno doppia rispetto ai preparati non ionici.

I composti non ionici si possono definire oggi di uso comune (il 95% degli esami effettuati), esistono in commercio diverse molecole e prodotti, le differenze sono la diversa osmolarità e la concentrazione principio attivo/ml.

Stanno oggi comparando nuovi prodotti iso-osmolari che dovrebbero ulteriormente diminuire il rischio di effetti collaterali.

A COSA SERVE IL MdC NELLA TC

Il MdC iniettato per via EV determi-



na un'innalzamento dei valori di densità nelle zone vascolari o nei tessuti riccamente vascolarizzati sia perché si trova nel torrente circolatorio (arterie capillari vene) e passando la barriera ematica si diffonde negli interstizi

Il MdC contribuisce alla differenziazione tra tessuto sano e tessuto patologico e, nell'ambito di quest'ultimo, tra tessuto fortemente vascolarizzato e tessuto a scarsa o nulla vascolarizzazione.

La fig.1 rappresenta una scansione addominale senza MdC, la fig.2 rappresenta la medesima scansione dopo iniezione di MdC per via EV si nota principalmente la presenza di MdC in aorta e nei reni

CONTROINDICAZIONI ED AVVERTENZE

Allegato della circolare emanata dal "Ministero della Sanità-Direzione Generale dei Servizi Farmaceutici n°64 del 28/9/1979

CONTROINDICAZIONI:
Non esistono controindicazioni precise ed assolute all'impiego di queste sostanze, eccezione fatta per le paraproteinemie di Waldenstrom, il mieloma multiplo, i gravi stati di insufficienza epatica o renale.

AVVERTENZE :
A seguito dell'uso del prodotto pos-

sono verificarsi effetti secondari indesiderati e manifestazioni di tipo anafilattoide a tipo shock da medicinali: nausea, vomito, rossore diffuso, sensazione generalizzata di calore, cefalea o anche sintomi di corizza, o di edema laringeo, febbre, sudorazione, astenia, vertigini, pallore, dispnea, lieve ipotensione. A carico della cute possono manifestarsi eruzioni di diverso tipo. Reazioni piu' gravi a carico dell'apparato cardiovascolare quali vasodilatazione periferica con ipotensione marcata, tachicardia, dispnea, stato di agitazione, cianosi e perdita della coscienza possono richiedere misure di emergenza.

LEGISLAZIONE

Per quanto riguarda le controindicazioni alla somministrazione EV del MdC si fa riferimento a 2 circolari emanate dal Ministero della Sanità - Direzione Generale dei Servizi Farmaceutici la n° 81 del 9/9/1975 e la n°64 del 28/9/1979 in cui apparivano le seguenti disposizioni:

“CONTROINDICAZIONI” paraprotinemia di Waldesrtom, mieloma multiplo, insufficienza epatica o renale grave, stati gravi di sofferenza del miocardio e di insufficienza cardiocircolatoria, ipertiroidosi.

La circolare n° 81 specifica : in particolare si dovranno ricercare eventuali disposizioni morbose relative a paraprotinemia di Waldesrtom , insufficienza epatica o renale o cardiocircolatoria ,ipertiroidosi, ipersensibilita' specifica allo iodio.

Le circolari precisano inoltre: “non esistono al momento test che possano prevedere la comparsa di reazioni indesiderabili alla somministrazione endovasale dei MdC iodato idrosolubile ...l'idoneita' del PZ alla somministrazione di MdC deve essere valutata dal medico curante di concerto con il medico radiologo , inoltre queste circolari specificano che durante l'esecuzione dell'indagine ci debba essere la immediata disponibilita' delle necessarie attrezzature di rianimazione e del personale competente ad utilizzarle (medico anestesista)

Una successiva circolare emanata dal Ministero della Sanita' il 17/9/1997, riguardante i MdC Organoidoti per via iniettiva recita:

“Si e' rilevato che nel corso degli ultimi 15 anni sono progressivamente entrati in commercio e nella pratica clinica, i MdC organoidoti non ionici che risultano meglio tollerati a livello del sistema cardiovascolare, nervoso centrale e renale. L'incidenza della comparsa di reazioni anafilattoidi per le quali e' stato proposto tra i fattori scatenanti la formazione di legami “macrocomplessi MdC e proteine plasmatiche” appare meno probabile con i MdC non ionici per la trascurabile capacita' degli stessi di legarsi alle proteine plasmatiche.

La circolare precisa :

* non e' piu' necessaria la presenza fisica dell'anestesista rianimatore durante l'esecuzione di esami con MdC per via EV

* e' indispensabile la disponibilita' immediata dei presidi e medicinali idonei (pallone ambu ,ossigeno, antistaminici vasocostrittori cortisonici etc.) come precisato dalla circolare n° 64 del 28/9/1979.

* E' obbligatorio per il personale medico che esegua indagini con MdC organoidato l'aggiornamento obbligatorio sulle tecniche rianimatorie di emergenza (life support).

L'INFERMIERE E IL MdC ORGANOIODATO

Non esiste nessuna circolare che vieti all'infermiere professionale di iniettare il MdC, dato che questo rientra nella lista dei farmaci del prontuario nazionale, e' paragonabile a un qualsiasi altro farmaco iniettabile per via EV.

Gli infermieri professionali sono tenuti a rispettare quanto previsto

dal Dm 739/94 e dal codice deontologico. E' obbligatorio aver eseguito il corso sulle tecniche rianimatorie e di emergenza (life support)

TIPOLOGIA DEI PZ CHE ESEGUONO UNA T.C. CON M.D.C. IODATO

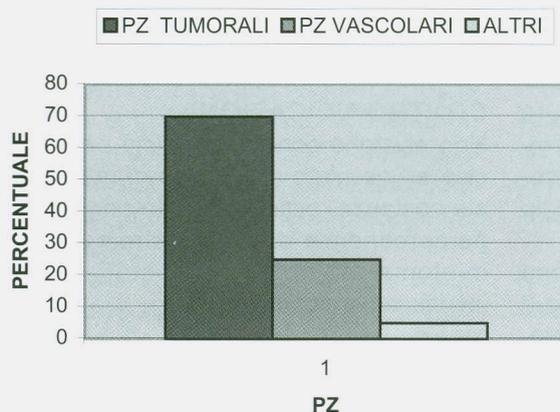
Considerando la tipologia di esami che vengono giornalmente eseguiti presso il servizio di radiologia in cui lavoro ho diviso i Pz che eseguono una T.C. con MdC iodato per via EV in tre grandi gruppi:

* **PZ ONCOLOGICI:** rappresentano circa il 70%, l'esame si esegue sia per prima diagnosi, che per stadiazione ed evoluzione. Per alcuni tipi di tumori (angiomi) e soprattutto per la ricerca di secondarismi epatici o cerebrali la TC rappresenta il tipo d'indagine non invasivo piu' efficace per fare diagnosi, in altri casi e' in ogni modo di validissimo aiuto per la diagnosi e la terapia.

* **PZ VASCOLARI:** rappresentano circa il 25%, in questa categoria rientrano gli accidenti vascolari cerebrali (emorragici o ischemici) sia traumatici che spontanei, lo studio dei grossi vasi (aneurismi dell'aorta, embolie polmonari, pervieta' delle carotidi, femorali ecc) ricerca di emorragie interne (PZ politraumatizzati)

* Nel rimanente 5% sono compresi gli esami riguardanti ad es. la funzionalita' renale., le patologie discali, (in genere solo le recidive) le cefalee o le epilessie,

TIPOLOGIA PZ

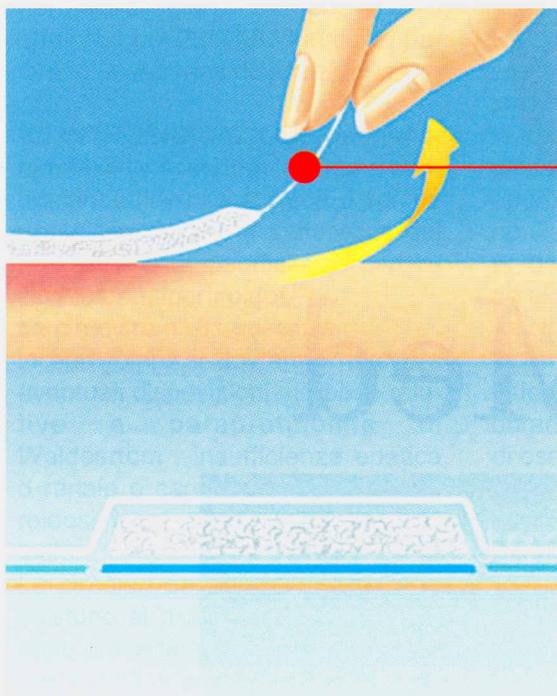




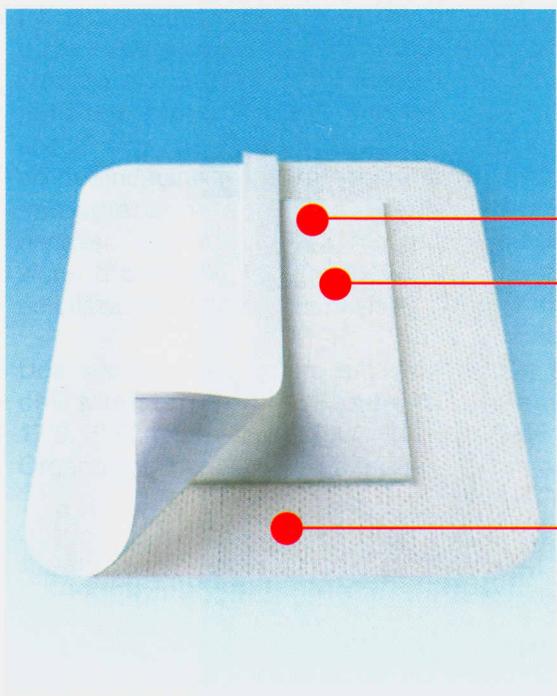
Soffix Med

Compressa Antiaderente Sterile





La pellicola in politene microforato non si attacca alla ferita, non interferisce con il processo di riepitelizzazione e permette una rimozione indolore della medicazione.



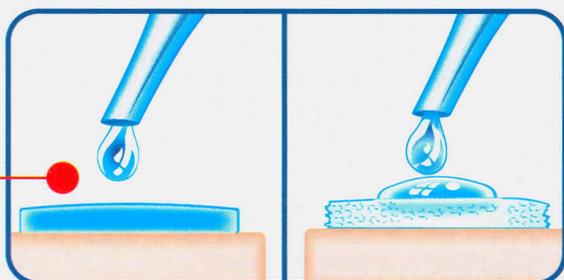
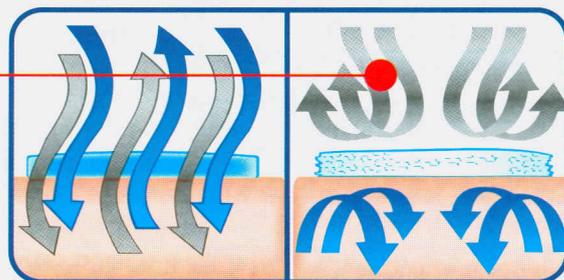
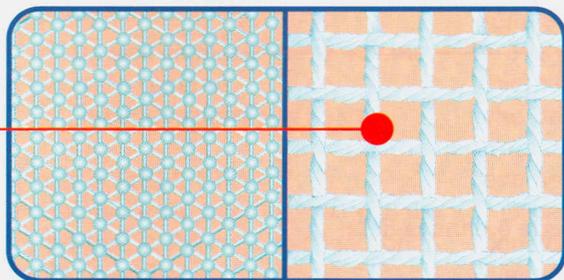
Il lato superiore, in viscosa, ha una finitura igienica impermeabile che impedisce al sangue, e agli altri fluidi, di risalire in superficie e garantisce la massima igiene.

Lo strato intermedio in tessuto non tessuto garantisce il massimo assorbimento e un'ottima aereazione, le condizioni ideali per una veloce e migliore cicatrizzazione

SUPPORTO della COMPRESSA: il supporto è realizzato in tessuto non tessuto, uno speciale materiale che non si sfilaccia, è dotato di microfori per consentire il transito dei gas e del vapore acqueo e assicurare alla pelle la giusta aereazione. Il supporto è leggero e flessibile, quindi molto confortevole per chi lo usa. L'adesivo utilizzato è ipoallergenico.

La nuova compressa antiaderente ster

mpressa antiaderente



CARATTERISTICHE GENERALI

- E' un cerotto che, grazie alla speciale pellicola microforata del tampone, non aderisce alla ferita.
- Indolore al momento della rimozione.
- Il tampone interno, ad elevata capacità di assorbimento, mantiene la ferita asciutta, facilitandone la guarigione.
- Il supporto adesivo, flessibile e confortevole, aderisce sui 4 lati, chiudendo totalmente la ferita.
- Sterile, confezionato in busta singola sigillata, ad apertura facilitata.

INDICAZIONI D'USO

- In tutte le situazioni in cui occorra applicare una tecnica rapida e asettica di medicazione, evitando l'adesione alla ferita: la microforatura assicura la permeabilità agli essudati, che vengono raccolti dal tampone in Tessuto non Tessuto favorendo la cicatrizzazione
- La vasta gamma di misure (da cm 7x5 a cm 35x10) ne consente l'impiego ospedaliero nella maggioranza delle necessità di reparto, con facile individuazione delle misure ottimali.
- In tutte le situazioni in cui si richieda il massimo di praticità e di confort.



ile adatta ad ogni tipo di medicazione



SPECIFICHE

Marchio

Classe di appartenenza: 1 ST

Ente notificato: 0373

Conformità: F.U. vigente

La sterilità é garantita solo se la confezione non é mai stata aperta o danneggiata

CARATTERISTICHE TECNICHE

Supporto TnT	con fibre ritorte a getto d'acqua
Composizione	Fibre al 100% in poliestere
Carico di rottura MD	> 20 N/cm
Estensibilità CD a carico costante	50-150 (% sotto 2N/cm)
Adesivo	Polimerico acrilico ipoallergico
Metodo di spalmatura	Indiretto per evaporazione
Peso dello spalmato	80+/- 15g/m ²
Resistenza allo scorrimento	< 1 (mm/30'37°C)
Cuscino assorbente	Strato assorbente con strato antiaderente calandrato a caldo
Strato assorbente	Non tessuto di viscosa 100%
Spessore	1,6 mm
Strato antiaderente	Polietilene in foglietto microforato
Spessore	0,07+/-0,01
Peso	16+/- 2g/m ²

CONFEZIONE

Busta singola termosaldata in astuccio di cartone

CODICE	MISURA	CONFEZIONE	UNITA' DI VENDITA
22670	cm 5 x 7	100 pz	35 conf.
22671	cm 10 x 8	50 pz	12 conf.
22672	cm 10 x 10	50 pz	24 conf.
22673	cm 15 x 10	50 pz	12 conf.
22674	cm 20 x 10	50 pz	14 conf.
22675	cm 25 x 10	25 pz	19 conf.
22676	cm 30 x 10	25 pz	17 conf.
22677	cm 35 x 10	25 pz	10 conf.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

L'assistenza infermieristica ad un pz che effettua una TC con MdC per via EV si può dividere in 3 momenti:

- * Prima dell'esecuzione dell'esame
- * Durante l'esame
- * Dopo l'esecuzione dell'esame

PRIMA DELL'ESAME:

l'obiettivo da raggiungere è quello di portare il Pz nelle migliori condizioni psico-fisiche all'esame.

Per far questo l'IP deve controllare e valutare una serie di dati sia controllando la cartella clinica che facendo una intervista al Pz per rilevare la presenza di tutti i parametri necessari per la somministrazione di MdC organoiodato per via endovasale con necessaria sicurezza per il Pz stesso.

Raccogliere e dare tutte le informazioni necessarie al Pz riguardo la preparazione e la modalità di esecuzione dell'esame.

Raccolta dati dalla cartella clinica:

- * Indagini di laboratorio (emocromo azotemia ecc), strumentali (ecg rx eeg ecc), cliniche (visite specialistiche)
- * allergie
- * Premedicazione
- * Consenso informato
- * Raccolta dati dal Pz

PRINCIPI SCIENTIFICI E DISCUSSIONE

Indagini di laboratorio, strumentali, cliniche
premessa:

uno studio svolto in Italia dalla S.I.R.M. (soc. Italiana Rad. Med) e dalla associazione italiana di neuro-radiologia, ha evidenziato che il costo sostenuto dal S.S.N. per gli esami pre-contrastografici raggiunge un'entità pari alla spesa per l'acquisto del MdC organoiodato, ma che soprattutto la maggior parte degli stessi sono eseguiti secondo criteri di assoluta inutilità, o peggio ingenerando false sicurezze.

Nello stesso studio tenendo conto dell'evoluzione dei MdC e della legislazione vigente in Italia

In Pz che non rientrano in particolari categorie a rischio (Pz allergici con gravi scompensi epatici cardio-circolatori ecc) è stato tracciato un

iter diagnostico di questo tipo:

* Creatininemia:

indispensabile per valutare la funzionalità renale, l'azotemia invece può essere fonte di ambiguità ad esempio nella sindrome epato-renale tende a diminuire

* elettroforesi sieroproteica: ed eventualmente immunoelettroforesi che permettono di rilevare se esiste una componente monoclonale, espressione del mieloma.

* Glicemia:

consigliata per scoprire se il Pz è diabetico visto che, l'indagine può indurre stress e nel diabetico iperglicemia anche severa con perdita di coscienza che potrebbe essere erroneamente ascritta al MdC.

Oltre a questo è indispensabile che il medico faccia una sempre una anamnesi (molto spesso sostituita da un foglio prestampato) soprattutto rivolta a pregresse patologie e allergie

allergie

È indispensabile essere a conoscenza di eventuali patologie su base allergica, tipi di allergie, eventuali reazioni avute con farmaci o durante una precedente indagine con MdC organoiodato.

In caso di risposte positive sarà in medico curante in accordo con il medico rianimatore ed il medico radiologo a stabilire se procedere all'indagine, eseguire la premedicazione ecc.

Premedicazione:

come già spiegato viene eseguita in accordo con il medico curante-rianimatore-radiologo in Pz considerati a rischio di reazioni allergiche, nell'ospedale in cui io lavoro è stato preparato un protocollo che è il seguente:

il giorno prima dell'esame

deltacortene : 50mg per os 18-12-6 ore prima dell'esame ,una ulteriore somministrazione dopo l'esame

atarax: 50 mg per os 18-12-6 ore prima dell'esame, l'ultima somministrazione può essere sostituita con una dose da 50 mg per via EV immediatamente prima l'esecuzione dell'esame

zantac : 150 mg per os 18-12-6 ore prima dell'esame, l'ultima sommini-

strazione può essere sostituita con una dose da 100 mg EV immediatamente prima l'esecuzione dell'esame dopo l'esame infondere almeno 1000 ml di liquidi

consenso informato

Partendo dal presupposto che il consenso informato nasce dall'articolo 32 della Costituzione che recita "Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge".

L'articolo 32 del codice di deontologia medica del 1998 dispone che il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente.

Nel caso di indagine radiologica, con uso di MdC, è richiesto un consenso espresso in maniera esplicita dopo adeguata informazione.

Appare opportuno che il consenso sia richiesto dal medico curante su cui ricade anche il dovere dell'informazione, il radiologo dovrà comunque accertarsi che ciò sia avvenuto integrando l'informazione.

L'Infermiere Professionale dovrà dal canto suo controllare che il Pz sia stato adeguatamente informato e abbia recepito correttamente le informazioni date dal Medico, eventualmente integrandole con quanto di sua conoscenza e competenza.

Raccolta dati e informazioni al paziente

I dati necessari da raccogliere per l'esecuzione dell'esame sono:

* la presenza nella storia del Pz di eventuali allergie attuali o pregresse

* la precedente effettuazione di esami radiologici, questo per valutare sia se il Pz è già venuto a contatto con il MdC organoiodato e se ha avuto eventuali problemi durante o dopo la somministrazione EV del contrasto stesso, oppure se negli ultimi giorni ha eseguito indagini radiologiche con uso di sostanze baritate (tubo digerente, clisma opaco ecc.) in quanto la presenza di questo tipo di contrasto permane per alcuni giorni, interferendo con l'acquisizione delle immagini TC

* eventuale stato di gravidanza

* valutare il grado di consapevolezza riguardo le informazioni ricevute

Le informazioni da dare al Pz sono le seguenti:

* digiuno, è necessario da 6-8 ore prima dell'esame, ma non deve riguardare assolutamente anche quello idrico, si è visto difatti che i Pz che giungono all'esecuzione dell'indagine ben idratati hanno un sensibile diminuzione di effetti collaterali, il digiuno completo è richiesto 1-2 prima dell'indagine. Riguardo invece i farmaci che il Pz assume occorre una valutazione da parte del medico curante per la loro somministrazione.

* Occorre dare al Pz tutte le informazioni possibili al fine di ridurre il più possibile la sua ansia verso l'esame, in quanto è stato accertato che un livello elevato di ansia liberando istamina aumenta considerevolmente il rischio di effetti collaterali.

DURANTE L'ESAME

L'obiettivo da raggiungere è quello di far sì che il Pz esegua l'esame in modo corretto evitandogli ogni possibile stress psico-fisico, per far ciò ci troviamo di fronte ai seguenti problemi:

- * Valutazione dello stato fisico
- * Valutazione psichica
- * Posizionamento del Pz
- * Somministrazione del MdC organoiodato
- * Complicanze

VALUTAZIONE DELLO STATO FISICO

Ancor prima di fare accomodare il Pz in sala TC (per evitargli inutili stress) è controllare che ci siano nella cartella clinica gli esami indispensabili che sono, come già spiegato, la creatininemia e l'elettroforesi sieroproteica, occorre controllare anche se è riportata la presenza nell'anamnesi di allergie, occorre poi sapere il tipo di patologia, il motivo dell'esame.

Il valore massimo della creatina in cui oggi si tende ad iniettare il MdC è attorno ai 160-180 mg/dl (valore normali 60-120 mg/dl) la valutazione spetta al Medico Radiologo.

Riguardo l'elettroforesi sieroproteica la presenza di una componente monoclonale certa, eventualmente supportata da una immunoelettrofo-

resi controindica la somministrazione del MdC.

Occorre poi controllare in cartella il tipo di patologia per poter valutare gravi stati di insufficienza epatica, renale, cardiaca.

Controllare anche la presenza di una eventuale premedicazione e del consenso informato obbligatorio per legge (come già spiegato).

Si prosegue poi con un'osservazione visiva del Pz in cui si valuta lo stato generale con particolare riguardo:

allo stato di coscienza (valutazione della capacità di percepire le informazioni ricevute)

alla capacità di mantenere la posizione prona o supina (Pz dolorante, con mezzi ortopedici ecc.)

alle condizioni respiratorie (Pz cianotico, con somministrazione di O₂) allo stato della cute (disidratata, arrossata ecc.)

VALUTAZIONE PSICHICA

La principale valutazione riguarda l'ansia.

L'ansia è presente in tutti i Pz che eseguono una TC con MdC, è dannosa sia per lo stato di disagio che provoca al Pz sia perché liberando istamina aumenta il rischio di effetti collaterali.

I motivi che provocano ansia a chi si sottopone a questa indagine sono:

non conoscenza del tipo di indagine, i Pz hanno paura di entrare in un tubo, una specie di bara ecc.

la paura della somministrazione del MdC organoiodato, oppure di quanto letto sul foglio del consenso informato

la paura dell'esito dell'esame

In generale si può dire che il chiedere al Pz i motivi che gli producono ansia, inducendolo a esporre le proprie paure, dando poi delle risposte corrette ed appropriate sono in genere sufficienti a far sì che esegua l'indagine con un livello di ansia accettabile, senza ricorrere alla somministrazione di ansiolitici.

POSIZIONAMENTO DEL Pz

Si inizia controllando che il Pz non abbia del metallo nella zona del corpo da indagare (orecchini, protesi dentarie otologiche, collane, spil-

le da balia, ganci e cerniere ecc.) in quanto questo può produrre degli artefatti come anche dei vestiti troppo consistenti.

Si fa poi accomodare il Pz sul letto di solito la posizione è quella supina utilizzando vari supporti a seconda del tipo di indagine (cranio, torace, colonna ecc.).

Ci si deve accertare che il Pz sia nella posizione più comoda possibile, per evitare ogni minimo spostamento durante l'indagine, occorre valutare la respirazione per accertarsi del grado di apnea che il Pz è in grado di mantenere (specie per indagini come il torace e l'addome) al fine di evitare che inizi la respirazione prima della fine della scansione alterando così la riuscita dell'indagine.

Si prosegue poi mettendo delle protezioni di materiale che non permette il passaggio di radiazioni (piombo) nelle zone non soggette a indagine con riguardo all'apparato genitale (nei soggetti fertili) alla tiroide ecc.

Bisogna ricordarsi che nella TC il tubo radiogeno compie delle rotazioni complete per cui bisogna mettere le protezioni attorno a tutta la zona da proteggere.

E'buona norma comunque in caso di donne in età fertile informarsi su un'eventuale gravidanza.

SOMMINISTRAZIONE DEL MdC ORGANOIODATO

Occorre per prima cosa incanalare una vena periferica.

Ove è possibile si usa un ago-canula di diametro medio G18-G20 dato che il mezzo di contrasto viene iniettato con una pompa automatica con cui si possono raggiungere anche flussi superiori ai 3,5 ml/sec in quanto per una buona riuscita dell'indagine e' necessario che il M.d.C. sia presente nel distretto da studiare nel momento in cui vengono raccolte le immagini, cercando di usare la minor quantità di contrasto possibile, per far ciò bisogna valutare lo stato del Pz (condizioni generali patologia ecc), il tipo di indagine (studio di distretti arteriosi, venosi parenchimali ecc) per poter stabilire i ml/sec di infusione rispetto all'inizio della scansione, inoltre in caso di problemi è meglio avere un grosso accesso venoso.

Esistono, però, dei Pz ad esempio chi è stato sottoposto a chemioterapia in cui il circolo venoso superficiale tende a scomparire per cui si può essere costretti ad usare anche aghi G21-G23 iniettando con una siringa tradizionale (in alcuni casi anche con la TC in funzione) oppure utilizzare un'accesso venoso centrale.

Il MdC prima di essere iniettato deve essere portato a una temperatura di circa 36,5°, per avere una viscosità ottimale, in quanto se iniettato a temperature inferiori aumenta il rischio di effetti collaterali.

Prima che si inizi ad iniettare bisogna informare il Pz che potrebbe sentire una sensazione di calore lungo il corpo, soprattutto in basso ventre e in torace e un sapore strano in gola solitamente di tipo metallico ciò è dovuto sia alla vasodilatazione che il MdC produce durante l'entrata in circolo sia alla sua temperatura..

Un altro effetto collaterale che compare con una certa frequenza è la nausea, se è accompagnata da vomito è necessario sospendere la somministrazione così come se il Pz avverte mancanza di respiro o appaiono sulla cute reazioni eritematose.

In questo caso sarà il medico radiologo a decidere se somministrare cortisonici, antistaminici ecc. occorre sempre invece idratare bene il Pz per via EV. (almeno 1000ml di liquidi)

LE COMPLICANZE

Come è noto anche se ormai raramente il MdC organoiodato può dare delle reazioni gravi fino allo shock anafilattico per cui bisogna essere pronti ad ogni emergenza.

È necessario innanzitutto che tutto il personale (medico, tecnico, infermieristico) abbia seguito un corso di "life support".

Il materiale indispensabile da avere a portata di mano è il seguente :

un armadio farmaceutico che contenga tutti i farmaci da usare in emergenza

il necessario per poter ventilare e eventualmente intubare il Pz

un defibrillatore con possibilità di registrare un ECG

un aspiratore

un respiratore automatico.

Occorre inoltre avere sempre la pronta disponibilità di un medico rianimatore.

Si consiglia al Pz, se non sottoposto a digiuno per altri motivi, di idratarsi bevendo almeno un litro di acqua in tre ore.

Forzando la diuresi si ottiene una maggior velocità di eliminazione del M.d.C. in quanto questa avviene principalmente per via renale.

AL TERMINE DELL'ESAME

Si valutano le condizioni generali

del Pz soprattutto eventuali presenze di eruzioni cutanee, cali pressori nausea ecc.

Occorre inoltre informare il Pz circa la comparsa di effetti collaterali tardivi, in genere di tipo eritematoso, in questo caso deve avvisare il medico sia di reparto che radiologo, se si tratta di un Pz ambulatoriale viene consigliato di rivolgersi al suo medico di base o ad un pronto soccorso.

BIBLIOGRAFIA

Vitali P. "Possibilità di elaborazione elettronica dell'immagine acquisita mediante T.C." Rassegna tecnica di radiologia medica n° 8 1989 pp. 5-7

Ciccione M., Deseri E "Tomografia computerizzata spirale (TCs): tecnologia, caratteristiche e principi di funzionamento" Rassegna tecnica di radiologia medica n° 35 1997 pp5-7

Chiesa A., Del Maschio A., Feltrin G.P., Leonardi M., Simonetti G., Tamburini O. "Nuove normative sull'utilizzazione dei mezzi di contrasto." Atti Convegno Nazionale Sezione di Studio SIRM Mezzi di Contrasto, Porto Cervo 1997
Codice di Deontologia Medica 1988



La metafora della stella marina

Un vecchio camminava sulla battigia allo spuntare del sole, quando vide, davanti a sé, un giovane che raccoglieva le stelle marine e le lanciava in mare.

Raggiuntolo, gli chiese perché lo facesse. "Cerco di salvare le stelle marine prima che sorga il sole", rispose il giovane.

"Ma la spiaggia è lunga miglia e miglia, e di stelle arenate ce ne saranno milioni, che differenza puoi fare tu?" lo apostrofò il vecchio.

Il giovane, raccolta una stella marina, la pose nel palmo della mano, la guardò e quindi la lanciò in mare....."Per questa.....", disse, "fa la differenza.....".

Da Ethical Decision Making in Nursing



Regione Lombardia
Azienda Ospedaliera Sant'Anna
Como

Università degli Studi dell'Insubria
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Sede di Corso di Diploma Universitario per Infermiere

Benvenuti insieme per costruire il nostro futuro.

Si è concluso con la presentazione e relativa discussione di una tesi il percorso formativo di base del Diploma Universitario per Infermiere degli studenti del triennio 1998/01.

Nella suggestiva cornice dell'Aula Magna della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi dell'Insubria di Varese la Commissione composta da una significativa rappresentanza del Gotha formativo dell'Ateneo ha valutato, fra i 60 studenti complessivi, venti diplomandi della nostra Sede di Como.

La cerimonia ha visto la partecipazione di un folto pubblico composto sia da familiari dei diplomandi che da studenti degli altri anni di corso, oltre che da tutor ed assistenti di tirocinio di tutte le tre sedi del Diploma, pubblico partecipe tanto che più di una volta il Prof. Chiaranda in rappresentanza del Magnifico Rettore dell'Università,

nonché Presidente del nostro Corso di Diploma è dovuto intervenire per smorzare l'entusiasmo suscitato dopo ogni presentazione degli elaborati dei diplomandi.

Lo stesso Prof. Chiaranda d'altro canto ha riconosciuto e lodato pubblicamente il lavoro svolto dagli studenti, segnalando il buon livello delle tesi, che ha permesso ad otto studenti di Como di diplomarsi con la votazione di 110/110 e fra questi in cinque hanno meritato la lode.

Alla conclusione delle giornate di discussione delle tesi i diplomandi raccolti attorno alla Commissione hanno ricevuto ufficiale proclamazione di Infermieri Diplomati Universitari.

Le foto di rito, la consegna di fiori ai neo colleghi hanno caratterizzato questa cerimonia, dando il via ai festeggiamenti.

L'emozione è stato il sentimento predominante in tutte e due le giornate di esposizione, grande commozione

hanno suscitato i ringraziamenti che i neo colleghi hanno rivolto a coloro che negli anni si sono occupati della loro formazione e cioè tutti gli infermieri che hanno avuto l'opportunità di incontrarli ed aiutarli a formarsi per essere "oggi" infermieri.

Cogliamo anche noi questa pubblica opportunità per esprimere profonda gratitudine ai colleghi, che impegnati in prima linea con i malati, trasmettono la loro competenza agli studenti - infermieri.

A questo punto non ci resta che porgere ai neo- colleghi l'augurio di buon lavoro, con la profonda convinzione che solo "insieme" possiamo costruire il nostro futuro professionale.

A tutti, ad ognuno in particolare il nostro affettuoso benvenuto!

**Il Coordinatore
delle attività tecniche - pratiche
Tutor ed Assistenti di tirocinio
tutti.**

ALESSI ALESSANDRO

Il bambino affetto da labiopalatoschisi: l'assistenza infermieristica nell'ambito del trattamento multidisciplinare

ANGELINI ALESSIA

L'Infermiere in Hospice: una sfida culturale e professionale.

BALZARETTI FIORELLA

Il neonato prematuro: un essere umano da proteggere. Ruolo e strategie infermieristiche nello sviluppare la relazione madre - neonato.

BIASIN GRETA

Educazione sanitaria alla persona con cirrosi epatica.

BOCCARDO MARTINA

Assistere la persona con patologia epatica in regime di day-hospital.

CHESSORTI PATRIZIA

Il ruolo dell'infermiere dell'assistenza alla gravida e alla puerpera affetta da sclerosi multipla.

CONSONNI MIRIAM

La persona in stato di detenzione: isolamento sociale e personalizzazione dell'assistenza infermieristica.

CORBETTA CINZIA

Dalla diagnosi prenatale all'aborto terapeutico: il ruolo dell'infermiere

oggi.

FOGLIANI MONICA

Assistenza infermieristica al malato di Alzheimer: la risposta ai bisogni di interazione nella comunicazione e ambiente sicuro.

FRIGERIO MARZIA

Il ruolo dell'infermiere nel controllo del dolore nella persona sottoposta ad intervento chirurgico. Analisi di un'esperienza.

MARIANI RAFFAELLA

Il Triage in pronto soccorso: progetto per la costruzione della scheda di accettazione e competenze dell'infermiere triagista.

PANZERI MADDALENA

L'assistenza infermieristica in un day hospital pediatrico: specificità del ruolo infermieristico

PIZZOTTI CRISTINA

Le problematiche psicologiche e sociali della persona affetta da AIDS. Aspetti assistenziali.

PORRO MARIA CRISTINA

Il ruolo dell'infermiere su un mezzo BLS in un soccorso ad un traumatizzato. Presentazione di un protocollo sperimentale di BLS con l'infermiere

a bordo.

RANCATI ELENA

L'allattamento al seno: strategie e interventi infermieristici sulla diade madre - bambino.

RONCORONI MONICA

Il processo decisionale infermieristico basato sulle "migliori evidenze scientifiche disponibili".

SECCHI VERONICA

Intervento infermieristico nella prevenzione e nel trattamento delle lesioni da pressione a domicilio.

SORESINI LAURA

Accompagnamento alla Buona Morte: la risposta dell'infermiere.

VARANI PAOLO

La risposta dell'infermiere ai bisogni di interazione nella comunicazione e di ambiente sicuro ad una persona affetta da malattia di Alzheimer: problematiche etiche e giuridiche.

ZIVTINA DAIGA

Piano di assistenza ed educazione sanitaria alla persona con diabete, con particolare riferimento al bisogno di alimentazione ed idratazione.

RIFLESSIONI DI UN CONSIGLIERE

IP Oreste Ronchetti

Cì troviamo in un periodo di grossi cambiamenti per quanto riguarda la nostra professione. Stiamo passando da una scuola professionale che ci abilitava come professionisti della salute ad una scuola universitaria che continua ad abilitarci come professionisti della salute ma che ci apre la possibilità di accedere a vie nuove per rispondere al bisogno di salute presente nella popolazione. Possiamo presentarci come coloro che sono in grado di assolvere i bisogni della persona, gestire i processi diretti che diano risposte sempre più precise a questi bisogni, ricercare affinché le risposte siano sempre più strutturate a misura di ogni singola persona ed ancora gestire e cogestire processi istituzionali che diano priorità ed organizzazione a bisogni e risposte, tutto ciò a livelli sempre più alti nella scala gerarchica della sanità.

Tutto questo ci viene o ci verrà presto dato dalle varie riforme che si stanno susseguendo sul palcoscenico della sanità italiana e che sempre più si accentrano sulla nostra professione, sul nostro ruolo che, per forze di causa maggiore, va comunque ad investire anche le altre professioni della sanità. In tutto questo c'è un grosso impegno dei Collegi, dal livello nazionale a quello regionale, a quello provinciale, che spesso con un lavoro oscuro ai più, si stanno da tempo attivando per fare in modo che la professione infermieristica acquisti sempre più un ruolo importante, di pari dignità con le altre professioni all'interno del panorama sanitario.

Un lavoro spesso difficile, perché oltre alle resistenze esterne di chi vuole mantenere i propri privilegi, le proprie posizioni di potere, occorre vincere anche le resistenze interne date da strategie spesso diverse da Collegio a Collegio, da obiettivi considerati prioritari dagli uni e non dagli altri, da persone che vedono le cariche come potere e non come servizio, da chi si propone per lavorare sulle priorità individuate e poi, sul più bello si defila, da iscritti che spesso chiedono ma non in modo chiaro, confondendo compiti propri del Collegio con compiti di altri enti od organi.

Personalmente credo che la zavorra più grande sia data dai problemi interni alla professione, piuttosto che da quelli esterni. Da che mondo e mondo la storia, che è maestra di vita, ci insegna che una categoria unita è spesso vincente, e comunque ottiene molto di più di chi si presenta diviso al proprio interno.

Credo anche che l'unità non sia obiettivo facile da raggiungere, ma se lo si considera prioritario, fondamentale, allora ci si deve attrezzare per raggiungerlo. Sicuramente credo occorra avere innanzitutto un forte senso di appartenenza, considerare la scelta fatta come una scelta importante, che ci pone non come semplici individui che offrono un servizio alla collettività ma come un insieme di professionisti che collegialmente, come categoria, hanno delle risposte da dare alla collettività sul piano della salute. Ciò presuppone che le varie posizioni vengano esplicitate chiaramente, in modo da dare ad ognuno la possibilità di confrontarsi per giungere poi, dopo una profonda e perché no, accesa discussione ad una posizione comune, dove per forza di cose non tutti potranno ritrovarsi pienamente, qualcuno forse ci si potrà ritrovare solo marginalmente, ma ciò non può essere motivo di rottura, se l'obiettivo è l'unità per garantire un servizio importante per la popolazione. Credo che per porsi in questa logica occorra riscoprire ciò che sta alla base della nostra professione, che non sono né i camici bianchi, né gli stetoscopi, né le tecniche rianimatorie o quant'altro ci riempia di orgoglio e ci faccia sentire in qualche modo superiore al resto della popolazione che ha bisogno del nostro intervento. Io credo che alla base ci sia il profondo rispetto per la persona ed i suoi bisogni, tanto chiara da farci vedere ogni persona come un soggetto che comunque deve conservare sempre la propria dignità e al quale noi dobbiamo rapportarci col massimo rispetto senza mascherarci dietro parole strane o comportamenti per lui poco chiari, magari conditi da farmaci che tutti pensano gli siano utili tranne che il soggetto che li deve assumere. Passare attraverso questo processo culturale, processo che peraltro dovremmo già avere introitato a scuola, non credo sia facile, diversamente, dovrebbe essere per tutti scontato che rinunciare all'assistenza diretta della persona, quella per intenderci, fatta di padelle, pappagalli, spiegazioni chiare, medicazioni fatte con delicatezza, ecc., diverrebbe una grossa perdita per l'infermiere e per tutta la categoria. Tutto questo per dire che solo se ritorniamo alle origini, cogliendo l'essenza della nostra professione, credo, possiamo pensare di essere una categoria importante per i bisogni sanitari della popolazione che vive in questo paese. Credo che solo su questa base si possa riscoprire il gusto e l'orgoglio di appartenere a questa categoria. Solo con questo atteggiamento possiamo pensare di costruire qualcosa, magari attraverso i Collegi dove gli scritti si fanno sentire, dove la litigiosità lascia spazio alla criticità, dove il chiedere "cosa fa il Collegio per me" possa divenire, parafrasando una famosa frase di John F. Kennedy "cosa faccio io per il mio Collegio".

Allora e forse solo allora ci accorgeremo di cosa diamo al nostro Collegio, oltre alle 356,2 lire al giorno, meno di 1/5 di caffè, per avere in cambio cosa? E forse da tutto ciò nascerà una tale coscienza professionale e politica da poter avere finalmente un ministro della sanità infermiere e non sempre e solo medico.

I PAZIENTI, I FAMILIARI E CHI PROVVEDE ALLE CURE HANNO IDENTIFICATO I 6 COMPORTAMENTI PER UNA "BUONA MORTE"

Steinhauser KE, Clipp EC, McNeilly M, ed altri " Alla ricerca di una buona morte: osservazione dei pazienti, delle famiglie, di coloro che provvedono alle cure."

DOMANDA

Quali sono i componenti di una "buona morte" identificati dai pazienti, dalle famiglie e da chi è coinvolto nelle cure di fine vita?

PROGETTO

Teoria fondata.

PARTECIPANTI

Sono stati reclutati 75 partecipanti (età compresa tra i 26 e i 77 anni, 64% donne, 70% bianche, 61% protestanti) da un Centro medico Universitario, da un centro medico per Veterani e da un hospice. I partecipanti hanno incluso 27 infermieri, 10 assistenti sociali, 8 volontari dell'hospice, 6 cappellani, 6 medici, 14 pazienti e 4 membri di famiglie che avevano subito un lutto.

METODI

Sono stati esaminati per un periodo di 4 mesi 12 gruppi centrali di 6 - 8 partecipanti, stratificati per ruolo e razza, fino al raggiungimento di saturazione dei dati. Ai partecipanti è stato chiesto di discutere le loro esperienze riguardo la morte di un familiare, di amici, o pazienti e di riflettere su ciò che aveva reso quelle morti buone o cattive. Dopo aver analizzato le trascrizioni del gruppo centrale, 2 membri di ciascun gruppo (il più ed il meno loquace) sono stati intervistati; non sono emersi nuovi argomenti. I gruppi centrali e le interviste sono stati registrati, trascritti, ed analizzati usando il metodo della comparazione continua.

PRINCIPALI RISULTATI

I partecipanti hanno identificato 6 componenti di una buona morte. La prima, **la gestione del dolore e del sintomo**, ha rispecchiato la paura di morire con dolore e riguarda il controllo sia del dolore presente sia di quello futuro. L'ansietà dei pazienti riguardante il dolore penetrante o un estremo respiro affannoso, è stata alleviata con rassicurazione (es. si sarebbe provveduto con flebo di morfina). La seconda componente, **decisioni chiare sul da farsi**, si riferiva alla diminuzione della paura del dolore e di una inadeguata gestione dei sintomi attraverso la comunicazione e la chiara decisione sul da farsi. I pazienti si sono sentiti rinforzati quando hanno partecipato alle decisioni sul trattamento. "Brutte morti" sono spesso state descritte come sensazione del paziente di essere trascurato, preoccupazione della famiglia circa la sofferenza, e sensazione di chi provvede alla cura di non riuscire a controllare la situazione e di non essere in grado di fornire una buona cura. Spesso, le decisioni non erano state discusse preventivamente ed erano state prese in situazioni critiche. La terza componente, **preparazione alla morte**, ha rispecchiato il bisogno di una preparazione migliore alla fine della vita. I pazienti volevano sapere che cosa aspettarsi durante il decorso della loro malattia e volevano pianificare gli eventi che sarebbero occorsi dopo la loro morte (es. provvedere al funerale). I membri delle famiglie volevano conoscere i cambiamenti fisici e psicologici connessi alla morte. La formazione di chi provvedeva alle cure era solitamente di natura personale e avveniva al di fuori dei normali canali formativi. La quarta componente, **l'integrità**, ha coinvolto argomenti di fede, il passare in rassegna la vita, la risoluzione di conflitti, il trascorrere tempo con i familiari e gli amici, e il dire arrivederci. La fede religiosa, sebbene molto personale, era spesso descritta come un'integrazione curativa necessaria ed ha assunto maggiore importanza con l'avanzare del declino fisico. **Aiutare l'altro**, la quinta componente, ha rispecchiato l'importanza di permettere alle persone in fase terminale di contribuire al benessere degli altri pazienti, con regali, tempo dedicato a loro o scambio di conoscenze. La sesta componente, **affermazione dell'intera persona**, era relativa all'importanza di vedere il paziente come persona unica e completa. I membri delle famiglie hanno apprezzato chi forniva le cure non vedendo il paziente come "malattia", ma intendendolo nel contesto della sua vita, dei suoi valori e delle sue preferenze.

CONCLUSIONI

I pazienti, i familiari, chi provvedeva alle cure, hanno identificato 6 componenti comuni per una buona morte: la gestione del dolore e dei sintomi, la decisione chiara sul da farsi, la preparazione alla morte, l'integrità, il contribuire agli altri e l'affermazione come persona totale.

COMMENTO

Lo studio di Steinhauser fornisce un contributo importante per la nostra comprensione su ciò che costituisce una "buona morte" dalla prospettiva dei pazienti, delle famiglie e di coloro che provvedono alle cure nell'assistenza di pazienti terminali. I risultati sono coerenti con altri studi sulla fine della vita che mostrano che un'appropriata cura medica combinata con cure psicosociali e spirituali, promuovono la qualità della morte. L'importanza di essere ricono-

sciuto come "persona intera" e la capacità di contribuire al benessere degli altri erano 2 componenti di una "buona morte" che non erano stati identificati precedentemente.

Anche se questo studio offre agli infermieri direttive per la pratica, i risultati non dovrebbero essere applicati arbitrariamente: i risultati sono derivati primariamente da chi forniva le cure e potrebbero non rispecchiare interamente le intuizioni di pazienti e famiglie. Dei 75 partecipanti, solo 14 erano pazienti e molti fra essi erano persone identificate da cliniche oncologiche e per l'AIDS. Prossime ricerche potrebbero dimostrare se il sesso, il luogo di cura e la diagnosi influenzano le percezioni del paziente.

Le conclusioni dello studio forniscono linee guida per il miglioramento degli interventi infermieristici per accrescere l'esperienza della morte. I risultati identificano il bisogno del continuo assicurare ai pazienti che il dolore e gli altri sintomi verranno gestiti adeguatamente. Gli interventi volti a permettere ai pazienti e ai membri della famiglia di essere maggiormente coinvolti nelle decisioni da prendere sulle cure sono importanti, particolarmente in previsione di eventi che potrebbero accadere in futuro. In più, i risultati indicano che coloro che provvedono alle cure rispettano "l'intera persona" e, se possibile, facilitano la persona morente dandole l'opportunità di contribuire al benessere degli altri. Riflessioni attente sui 6 componenti identificati in questo studio potrebbero aiutare gli infermieri ad assicurare ai loro pazienti una "buona morte".

*Kelli Stajduhar, RN, MSN
Candidato di Dottorato, Scuola infermieristica,
Università del British Columbia di Vancouver, Canada*

Tratto da "Evidence-Based Nursing"
Vol. 4 N.1 - gennaio 2001

QUOTA ANNUALE 2002

Informo tutti i colleghi iscritti al Collegio IPASVI della provincia di Como che per l'anno 2002 la quota sarà riscossa attraverso il servizio postale - POSTEL - anziché il sistema MAV attualmente usato.

Tale scelta è dettata da motivi economici in quanto l'azienda postale offre migliori condizioni per le spese d'incasso consentendo una sensibile riduzione dei costi.

Agli inizi del prossimo anno vi sarà quindi recapitato il relativo bollettino già predisposto per il pagamento in Euro (67,14 Eur) che potrà essere versato presso qualsiasi ufficio postale.

Grazie per l'attenzione.

Il Tesoriere
IPAFD Adelaide Pina

SEGRETERIA INFORMA

di D & D

COME CONTATTARCI:

Sede: Viale cesare Battisti, 8 22100 COMO

Tel.: 031300218

Fax: 031262538

E-mail: ipasvico@tin.it

ORARI DI SEGRETERIA

Da lunedì a venerdì 9.00/12.00 14.00/17.00

ORARI BIBLIOTECA

Presso la Sede del Collegio è possibile avere accesso alla Biblioteca dove possono essere consultati e presi in prestito i testi presenti.

Orario di apertura:

mercoledì 9.00/12.00

venerdì 9.00/12.00 14.00/17.00

CAMBIO DI RESIDENZA

E' indispensabile comunicare tempestivamente ogni cambio di residenza con una delle seguenti modalità:

✓ compilare il modulo prestampato di autocertificazione disponibile presso la Segreteria;

✓ per posta, fax o e-mail.

Coloro i quali cambiano la provincia devono chiedere al Collegio della nuova residenza il trasferimento dell'iscrizione.

SMARRIMENTO TESSERA

✓ Sporgere denuncia alle autorità competenti (Questura o Carabinieri);

✓ presentare al Collegio copia della denuncia con due foto tessera identiche.

CANCELLAZIONE ALBO

Presso la Segreteria del Collegio è disponibile il modulo per la domanda di cancellazione dall'Albo.

A tale domanda vanno allegati:

✓ marca da bollo di Lit. 20.000;

✓ la tessera di riconoscimento;

✓ copia della ricevuta di pagamento della quota associativa dell'anno in corso.

CERTIFICATO DI ISCRIZIONE

Modalità per la richiesta del certificato di iscrizione:

✓ in tempo reale, presentandosi direttamente alla Segreteria del Collegio;

✓ telefonicamente. Nel caso in cui non sia l'interessato a ritirarlo, la persona incaricata deve essere munita di delega scritta e fotocopia del documento di identità del richiedente il certificato; a richiesta è possibile riceverlo per posta con tassa a acricio del destinatario.

Si ricorda che il certificato di iscrizione all'Albo ha validità di sei mesi ed è un documento che SI PUO' AUTOCERTIFICARE.

BOLLO AUTO

Per avere l'adesivo del Collegio occorre presentare la fotocopia della patente e del libretto di circolazione dell'auto.

Se si richiede per posta, allegare una busta già affrancata per la risposta.

LIBERA PROFESSIONE

Chi svolge o intende intraprendere l'attività libero professionale deve darne comunicazione al Collegio compilando l'apposito modulo disponibile presso la Segreteria.

Si ricorda che l'attività libero professionale implica l'iscrizione alla Cassa Autonoma di Previdenza degli Infermieri (modulistica presso la Segreteria o sul sito della Federazione Nazionale www.ipasvi.it).

CONSULENTE DEL LAVORO

Ogni terzo mercoledì del mese è presente in Sede il Consulente del Lavoro.

Per avere un colloquio telefonare in segreteria per fissare un appuntamento.

CONSULENZA LEGALE

Per avere una consulenza legale inviare richiesta scritta (anche via fax o e-mail) e dettagliata alla Presidente del Collegio. Le problematiche devono essere di natura strettamente professionali.

COLLOQUI

E' possibile avere un incontro con la Presidente o un membro del Consiglio Direttivo previo appuntamento telefonico.

*Il personale amministrativo augura
Buone Feste!*



LA SEGRETERIA DEL COLLEGIO
RESTERA' CHIUSA PER LE FESTIVITA' NATALIZIE
DAL 24 DICEMBRE AL 1° GENNAIO 2002 COMPRESO.