

professione infermiere umbria.

anno XI n. 1/10

Spedizione in abb. postale art. 20 lett. C - Legge 662/96 Filiale di Perugia - Periodico di comunicazione interna dei Collegi IPAS.VI. di Perugia e Terni

**IL PRONUNCIAMENTO DELLA FEDERAZIONE
DEI COLLEGI IP.AS.VI. SULLA
"PERSONA NEL FINE VITA"**



Collegi IPASVI
Perugia-Terni



Federazione Nazionale Collegi Infermieri
Periodico di comunicazione
interna dei Collegi IP.AS.VI.
di Perugia e Terni

anno XI n. 1/10

Editore:

Coordinamento Regionale
dei Collegi IP.AS.VI.
di Perugia e Terni

Direttore Responsabile:

Renata Buono

Responsabile di Redazione:

Nora Marinelli

Segreteria di Redazione:

Serenella Bertini
Angela Castellani

Comitato di Redazione:

Palmiro Riganelli
Ambra Proietti
Giusti Gian Domenico
Laura Caprasecca

Grafica:

Punto Editoriale Assisi (Pg)
punto.editoriale@alice.it

Stampa:

Dimensione Grafica
Spello (Pg)

Questo numero

è stato chiuso in tipografia:
il 11/3/2010

Autorizzazione:

Registrato presso
il Tribunale di Perugia
n. 45 del 24/11/1997

sommario

1 editoriale

DI AMBRA PROIETTI

2 ilcollegioinforma LA PERSONA NEL FINE VITA

FEDERAZIONE IP.AS.VI.

3 SACRALITÀ DELLA VITA E QUALITÀ DELLA VITA

A CURA DI CARLA RANIERI

5 ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI

A CURA DEL COLLEGIO DI PERUGIA

6 ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI

A CURA DEL COLLEGIO DI TERNI

7 NOTIZIE FLASH

9 L'ANGOLO DEL LIBRO

A CURA DELLA REDAZIONE

10 I CORSI DI LAUREA

A CURA DELLA REDAZIONE

16 lerubriche

BLOCKNOTES

DISPENS@TORE DI STIMOLI INFERMIERISTICI

A CURA DI GIAN DOMENICO GIUSTI

18 PREVENIRE GLI ERRORI IMPARARE DAGLI ERRORI

GLI EVENTI SENTINELLA

A CURA DI MARCO ZUCCONI

22 spazioaperto GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

ASSISTENZA AL PAZIENTE CON PEG
DI MARTANO CAPITINI

26 IL DOLORE POSTOPERATORIO

PIANO ASSISTENZIALE INFERMIERISTICO

DI SARA LIBORI

31 infermieristica creativa IL BUON GIORNO SI VEDE DAL MATTINO

RISVEGLI

DI ORIETTA SBORZACCHI

33 la segreteriainforma

OLTRE IL LAVORO

A CURA DEL COLLEGIO DI PERUGIA

LA PERSONA NEL FINE VITA

Da alcuni decenni si presta un'attenzione sempre maggiore verso la tematica della tutela della persona e della possibilità della stessa di esprimere, in modo libero e consapevole, le dichiarazioni di volontà. Essere liberi di decidere non vuol dire essere soli a decidere, chi assiste non è sollevato dalle responsabilità, dal confronto, dall'affrontare con la persona malata e i familiari situazioni di grande sofferenza fisica e psicologica. Accompagnare alla "fine della vita" significa essere accanto alla persona in momenti contrassegnati da stati patologici ad alto impatto emotivo, rispetto ai quali la persona potrebbe sentire la necessità di manifestare il proprio volere consapevolmente e liberamente circa le cure da ricevere nel caso perdesse la facoltà di decidere.

L'otto novembre 2009 il Consiglio Nazionale dei Collegi Infermieri, dopo aver analizzato il testo della proposta di legge sulle "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento" ha elaborato un pronunciamento per ribadire la posizione degli infermieri tra alleanza terapeutica, dovere di riconoscere le volontà dei malati e diritto all'obiezione di coscienza (*L'Infermiere* nn. 5-6, 2009, p. 5).

Da sempre, ogni giorno, gli infermieri sono accanto alla persona malata, ai familiari, in quella fase più o meno lunga che precede il momento assolutamente inevitabile in cui il corpo cessa di funzionare e muore. La persona si affida completamente alle cure dell'infermiere "capace", in grado di ricevere, di accogliere, di dare spazio, di essere con il malato.

Ieri Virginia Henderson diceva:

"...l'infermiera è temporaneamente la coscienza di chi si trova in stato di incoscienza, l'amore per la vita del suicida, la gamba di chi ha subito l'amputazione, gli occhi del cieco, il mezzo di locomozione del neonato, la consulente, la confidente e la portavoce dei più deboli". Oggi Annalisa Silvestro nella presentazione del Codice Deontologico scrive:

"Perseguire la centralità dell'assistito nei processi di cura e assistenza significa, per l'infermiere, riconoscerne la dignità in ogni fase della malattia. Significa impegnarsi per prevenire e contrastare il dolore e la sofferenza; operare perché riceva i trattamenti necessari e assicurargli una vicinanza empatica in qualunque condizione clinica, fino al termine della vita, anche attraverso la palliazione e il conforto fisico, psicologico, relazionale, spirituale ed ambientale".

Il fine vita è un momento a cui gli infermieri guardano con rispetto e sensibilità tenendo conto dei bisogni dell'assistito e delle sue volontà in merito alle prestazioni da erogare. Questa relazione per gli infermieri è fondamentale e rilevante perché offrono sostegno alla persona, ma ricevono un bagaglio di esperienza che, potranno riproporre ad altri pazienti. Le frasi di seguito riportate sono state riprese da due libri che parlano della morte come una "grande lezione di vita da chi sta per morire" che provoca in chi assiste riflessioni, dubbi, prese di coscienza.

"Lavare un corpo può avere lo scopo di pulire ma anche quello di rilassare, di dare benessere..."

"La ricerca della comodità dei morenti costituisce una prevenzione e una lotta contro dolori e sofferenze inevitabili".

"Come ci eravamo ripromessi, sono qui al suo fianco... mi misi allora ad accarezzare la fronte, mentre lei ansimava. Sembrava che facesse forza sulle gambe, come per partorire..."

"Fare il bagno: un'ora di benessere per quel corpo intorpidito, irrigidito dall'immobilità, così magro, così scarno... Con quanta infinita tenerezza e dolcezza abbiamo trattato quel corpo che si abbandonava con fiducia al calore del bagno..."

"Le cure del corpo indicano il senso di rispetto del corpo, la preoccupazione della sua dignità, la lotta contro il disprezzo che se ne potrebbe provare".

"I gesti spesso sono i soli mezzi che restano per comunicare e dar prova della presenza, esprimere l'interesse".

"Pur avendo frequentato la morte ogni giorno, da anni, mi rifiuto di banalizzarla. Ho conosciuto il dolore di separarmi da coloro che amavo, l'impotenza di fronte al progredire della malattia, i momenti di rivolta davanti al lento degrado fisico di quelli che accompagnavo".

"...ma ho la sensazione di essermi arricchita, di aver conosciuto dei momenti di una profondità che non cambierei con nulla al mondo, momenti di gioia e di dolcezza, un'occasione indimenticabile di intimità!..."

Marie de Hennezel termina dicendo:

"Così come la nascita, la morte fa parte della vita. Ignorarla non è la soluzione."

(da BEAUVOIR SIMONE, *Una morte dolcissima*, Einaudi;
MARIE DE HENNEZEL, *La morte amica*, Rizzoli)



IPASVI

“La persona nel fine vita”

PRONUNCIAMENTO della Federazione Nazionale dei Collegi Infermieri

Gli infermieri da sempre e quotidianamente accompagnano l'assistito "nell'evoluzione terminale della malattia" e le persone a lui vicine "nel momento della perdita e della elaborazione del lutto" attraverso modalità relazionali, atteggiamenti e gesti che vogliono accogliere, ascoltare, assistere, comunicare, lenire.

L'8 novembre 2009, il Consiglio nazionale della **Federazione dei Collegi Infermieri**, riunitosi in una seduta aperta anche ai rappresentanti delle Associazioni infermieristiche italiane, dopo avere analizzato il testo della proposta di legge sulle "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento", anche in ragione del patrimonio esperienziale costruito accompagnando i propri assistiti nell'evoluzione terminale della malattia e nel fine vita, fasi che sono per tutti, assistiti e professionisti, ad alta intensità relazionale, emozionale e spirituale

ESPRIME IL SEGUENTE PRONUNCIAMENTO

Durante l'evoluzione terminale della malattia e nel fine vita i rapporti tra l'assistito, le sue persone di riferimento, il medico, l'infermiere e l'équipe assistenziale non possono essere rigidamente definiti da una legge potenzialmente fonte di dilemmi etici, difficoltà relazionali e criticità professionali, ma devono essere vissuti e sviluppati secondo le norme dei Codici di deontologia professionale. **Il Codice di deontologia professionale** degli Infermieri italiani,

PER QUANTO ATTIENE LA RELAZIONE CON LA PERSONA, RECITA:

- art. 3 La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.
- art. 35 L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita dell'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.
- art. 36 L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.
- art. 38 L'infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito.

PER QUANTO ATTIENE L'INFORMAZIONE ALLA PERSONA, RECITA:

- art. 20 L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarli nell'esprimere le proprie scelte.
- art. 24 L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.
- art. 37 L'infermiere quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.

PER QUANTO ATTIENE LA MODALITÀ DI ASSISTENZA ALLA PERSONA, RECITA:

- art. 14 L'infermiere riconosce che l'interazione tra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito.
- art. 27 L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.
- art. 39 L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nelle evoluzioni terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.

I Presidenti dei Collegi provinciali IPASVI, riuniti in Consiglio nazionale e a nome degli oltre **377mila infermieri italiani** che rappresentano, in ottemperanza al proprio **Codice di deontologia professionale**,

SI IMPEGNANO

- a rispettare le scelte dell'assistito anche quando non vi fosse la capacità di manifestarle, tenendo in conto quanto espresso in precedenza e documentato;
- a sostenere la palliazione e la lotta al dolore;
- a respingere l'accanimento terapeutico.

AFFERMANO

- che l'alleanza tra l'assistito e l'intera équipe assistenziale acquista ancor più peculiare valore nell'evoluzione terminale della malattia e nella fase del fine vita.

RIBADISCONO

- che l'integrazione multi professionale è la modalità fondamentale per un'empatica risposta ai bisogni dell'assistito.

CHIEDONO

- che, qualora non vi fossero modifiche al testo della proposta di legge sulle "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento", sia data agli infermieri la possibilità di potersi richiamare a quanto previsto nell'art. 8 del loro Codice di deontologia professionale che recita: "L'infermiere nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della **clausola di coscienza**, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito".

Annalisa Silvestro

Presidente della Federazione Nazionale Collegi IPASVI

Il Comitato Centrale della Federazione Nazionale Ispasvi e i Collegi Provinciali Ispasvi di: Agrigento, Alessandria, Ancona, Aosta, Arezzo, Ascoli Piceno, Asti, Avellino, Bari, Barietta-Andria-Trani, Belluno, Benevento, Bergamo, Biella, Bologna, Bolzano, Brescia, Brindisi, Cagliari, Caltanissetta, Campobasso-Isernia, Caserta, Catania, Catanzaro, Chieti, Como, Cosenza, Cremona, Crotona, Cuneo, Enna, Ferrara, Firenze, Foggia, Forlì-Cesena, Frosinone, Genova, Gorizia, Grosseto, Imperia, L'Aquila, La Spezia, Latina, Lecce, Lecco, Livorno, Lucca, Macerata, Mantova, Massa Carrara, Matera, Messina, Milano-Lodi, Modena, Napoli, Novara-Verbania, Nuoro, Oristano, Padova, Palermo, Parma, Pavia, Perugia, Pesaro-Urbino, Pescara, Piacenza, Pisa, Pistoia, Pordenone, Potenza, Prato, Ragusa, Ravenna, Reggio Calabria, Reggio Emilia, Rieti, Rimini, Roma, Rovigo, Salerno, Sassari, Savona, Siena, Siracusa, Sondrio, Taranto, Teramo, Terni, Torino, Trapani, Trento, Treviso, Trieste, Udine, Varese, Venezia, Vercelli, Verona, Vibo Valentia, Vicenza, Viterbo

SACRALITÀ DELLA VITA E QUALITÀ DELLA VITA

Riflessioni, pareri a confronto intorno a due modi diversi di affrontare il tema della vita: interpretazione squisitamente di matrice cattolica la prima e laica la seconda? Una dicotomia fra le due posizioni, strumentale o reale?

I casi di Piergiorgio Welby prima e di Eluana Englaro dopo hanno, in questi ultimi mesi, stimolato l'opinione pubblica ad interrogarsi sul tema della tutela della vita e stimolato la classe politica al confronto e al dibattito allo scopo di dare risposte e orientamenti in merito.

A tutt'oggi in Parlamento è in discussione un disegno di legge "Disposizioni in materia alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazione anticipate di trattamento" di cui i mass-media hanno ampiamente diffuso i contenuti non tralasciando di evidenziare sia le posizioni dei vari schieramenti politici che di autorevoli rappresentanti del mondo intellettuale cattolico e laico.

Non sono mancate associazioni nate sulla scia dell'emotività di esperienza di vita vissuta in prima persona, che sono intervenute ad alimentare il dibattito apportando contributi concreti, alcune di queste schierate a difesa della vita alimentata e vissuta fino in fondo in ogni sua espressione, altre in contrapposizione, sulla



morte quale estrema ratio per salvaguardare il valore della dignità umana.

Anche a livello letterario non è mancata una feconda pubblicazione in cui illustri rappresentanti del mondo intellettuale hanno esternato con il proprio pensiero l'appartenenza all'una o l'altra posizione facendo emergere il filo conduttore della questione: quello etico e morale.

E proprio il tema dell'etica e della bioetica che alimenta il conflitto e divide l'opinione pubblica in due fazioni contrapposte, conferendo una connotazione laica all'una e cattolica all'altra, e ponendo come origine di tutto ciò, differenti scale di valori di riferimento.

Quindi la considerazione che nasce spontanea è quella di capire se l'etica, come insieme di valori che regolano e indirizzano le scelte della società al bene comune e individuale, debba essere suscettibile a condizionamenti derivanti dalle convinzioni religiose/politiche, e soprattutto se è giusto che la scienza medica, tesa al miglioramento delle cure e della vita umana, possa essere ricondotta e limitata in un ambito squisitamente cattolico oppure laico.

Il documento "Manifesto di bioetica laica" di Carlo Flamini, Armando Massarenti, Maurizio Mori, Angelo Mori pubblicato nel 1996, pur sostenendo una visione laica della bioetica avulsa da condizionamenti religiosi o meglio imposizioni im-

partite dall'alto, nelle conclusioni afferma che *"La società in cui viviamo è una società complessa. È una società in cui convivono visioni diverse dell'uomo, visioni diverse della società, visioni diverse della morale. Per questo è impossibile pensare che in un campo come quello della bioetica, che tocca le concezioni e i sentimenti più profondi dell'uomo, possa esistere un canone morale a vocazione universale... Anche tra i laici non vi è accordo unanime su molte questioni specifiche.*

Forse la dicotomia fra la visione laica e la visione religiosa della vita, è frutto dell'esasperazione dialettica fra contrapposte correnti di pensiero al solo scopo di voler affermare una diversità, un'appartenenza.

Forse una capacità dialettica e culturale posta al di sopra delle parti può superare una visione schematica e sterile?

Ignazio Marino autore del libro *"Credere e curare"* e il libro *"Nelle tue mani"* affronta temi relativi al fine vita, all'accanimento terapeutico e il testamento biologico dal punto di vista dell'uomo, del medico, del ricercatore e fra le recensioni positive troviamo, nel tentativo di dare risposte ai quesiti sopra esposti, quelle di illustri personalità come Carlo Maria Martini autorevole uomo di Chiesa e Stefano Rodotà autorevole rappresentante di una laicità affermata.

CARLO MARIA MARTINI - *"Caro professor Marino, ho letto con molto interesse e partecipazione il suo libro 'Credere e curare'. Mi ha colpito da una par-*

te il suo amore per la professione medica e il suo interesse dominante per il malato e dall'altra la sua obiettività di giudizio, il suo equilibrio nel trattare problemi di frontiera, là dove le esigenze mediche si incontrano e talora sembrano scontrarsi con le esigenze etiche... Tutto questo rende necessario e urgente un 'dialogo sulla vita' che non parta da preconcetti o da posizioni pregiudiziali ma sia aperto e libero e nello stesso tempo rispettoso e responsabile".

MARINO - *"Il dialogo su questi temi e il confronto tra uomini di diversa formazione e con differenti ruoli all'interno della società può contribuire alla circolazione di idee e posizioni volute ad individuare punti di incontro e non di divisione.*

Su temi così delicati, infatti, il rischio è di cadere in facili contrapposizioni e strumentalizzazioni che non portano alcun vantaggio se non quello di creare fratture nella società. Invece, se il ragionamento viene condotto onestamente e con spirito di sincera apertura, è possibile individuare percorsi comuni o per lo meno non troppo divergenti".

RODOTÀ - *in un articolo pubblicato su Repubblica commenta il libro 'Nelle tue mani' "...l'andamento del libro è proprio questo: un continuo misurare affermazioni di carattere generale sulla realtà quella, ineludibile, della vita delle persone. Ne risulta una argomentazione netta che non evita le questioni critiche, anzi le mette in evidenza, e*

che proprio per questo è libera da condizionamenti ideologici.

Da questi poche righe, scritte da persone che hanno lavorato concretamente alla crescita dell'umanità, seppure su fronti diversi, si evince che il dialogo è possibile e che forse è l'autorevolezza, derivante dall'esperienza come conseguenza dell'impegno diretto, a fare da ponte fra mondi di pensiero all'apparenza distanti.

È l'autorevolezza la garanzia per la risoluzione di problemi che ruotano intorno al tema della vita permettendo un dialogo proficuo avulso da diaframi ideologiche strumentali che presentandosi sottoforma di martellamento mediatico categorizzano l'idea e intrappolano la capacità di pensiero di coloro a cui è indirizzato il messaggio.

Da queste brevi riflessioni la considerazione che scaturisce, intorno alla "Sacralità della vita" e alla "Qualità della vita", è che forse queste due definizioni, riportando la discussione in un perimetro di pertinenza più intimistica, di competenza, potrebbero integrarsi a completamento di un'unica definizione della vita.

Per arrivare a questo risultato è indispensabile che ogni individuo, consapevole di essere parte integrante di una società proiettata in un futuro fatto di cambiamento e sviluppo tecnologico, si impegni a difesa della dignità e sacralità della propria dimensione umana quella fatta di: gioia, amore, dolore, sofferenza e "Pietas", non permettendo più la sua mercificazione mediatica e politica.



ASSEMBLEA ORDINARIA DEGLI ISCRITTI

LA PERSONA NEL FINE VITA

IL PRONUNCIAMENTO DELLA FEDERAZIONE

PERUGIA 14 APRILE 2010

“Hotel Giò” – Via Ruggero D’Andreotto, 19 - Ponte San Giovanni (Pg)

Il Collegio IP.AS.VI. della provincia di Perugia ha indetto l’assemblea annuale degli iscritti in prima convocazione per il giorno 12 aprile 2010 alle ore 23 presso la sede del Collegio IP.AS.VI. di Perugia in via Manzoni, 82 - Ponte San Giovanni (Pg), ed ha previsto, qualora non si raggiungesse il numero legale dei presenti (un quarto degli iscritti), una seconda convocazione per il giorno 14 aprile 2010 alle ore 14 presso l’“Hotel Giò”, Via Ruggero D’Andreotto, 19 - Ponte San Giovanni (Pg). In occasione dell’assemblea annuale, il Consiglio Direttivo ha pensato di affrontare una problematica, oggetto di un importante dibattito sociale e di grande attualità professionale per tutti gli Infermieri, come quella dell’assistenza nel fine vita con un’iniziativa dal titolo: “La persona nel fine vita; il pronunciamento della Federazione” con l’obiettivo di condividere e di mettere a confronto la nostra comunità professionale su aspetti sempre più rilevanti e cogenti per la pratica infermieristica e per il riconoscimento dei diritti dei cittadini assistiti.

IL PRESIDENTE
Dott. Palmiro Riganelli

ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI

- 14,00 Registrazione dei partecipanti
- 14,30 Assemblea annuale degli iscritti

BILANCIO CONSUNTIVO ANNO 2009

- Relazione del Presidente
Palmiro Riganelli
- Relazione del Tesoriere
Stefania De Santis
- Relazione del Presidente
del Collegio dei Revisori dei Conti
Giandomenico Giusti

BILANCIO DI PREVISIONE ANNO 2010

- Approvazione
- Varie ed eventuali.

SESSIONE CONVEGNISTICA

LA PERSONA NEL FINE VITA

- 16,30 Apertura dei lavori
Dott. **Palmiro Riganelli**
- 16,45 Lettura Magistrale: Il pronunciamento della Federazione Nazionale Collegi IP.AS.VI. Dott. ssa **Silvia Ceppi**
Consigliere Collegio IP.AS.VI. Perugia
- 17,00 La posizione della Federazione Nazionale dei Collegi IP.AS.VI. sulla persona nel fine vita.
Dott.ssa **Barbara Mangiacavalli**
Segretario Federazione Nazionale Collegi IP.AS.VI.
- 18,00 Dibattito
- 18,30 Chiusura dei lavori e consegna degli attestati di partecipazione

I destinatari dell’evento sono gli infermieri, assistenti sanitari e infermieri pediatrici iscritti al Collegio, in regola con i pagamenti annuali. Per partecipare all’evento è sufficiente presentarsi alla sede del convegno in orario utile alla registrazione dei partecipanti.
È in corso accreditamento E.C.M. regione Umbria.

DELEGA PER L’ASSEMBLEA DEL COLLEGIO IP.AS.VI. DI PERUGIA

Il/La Sottoscritto/a: I.P. A.S. V.I.

IMPOSSIBILITATO/A AD INTERVENIRE ALL’ASSEMBLEA ORDINARIA DEL **14 APRILE 2010**

per i seguenti motivi:

DELEGA il/la Sig.:

PER TUTTI GLI ATTI ALL’ORDINE DEL GIORNO Data:

Firma:

RITAGLIA E SPEDISCI AL COLLEGIO DI PERUGIA

ASSEMBLEA ORDINARIA DEGLI ISCRITTI

LA PERSONA NEL FINE VITA

IL PRONUNCIAMENTO DELLA FEDERAZIONE

TERNI 21 APRILE 2010
 Sala Conferenze, Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni

Carissimi colleghi,

Vi comunico che la prima convocazione dell'Assemblea degli Iscritti è fissata alle ore 21 del 4 aprile 2010, presso la sede del Collegio in Via Galvani, 11. Qualora non si raggiungesse, ai fini della sua validità, il numero legale dei presenti, è indetta, in 2° convocazione per il giorno 21 aprile 2010, alle ore 14,30 presso la Sala Conferenze dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni. Al termine dell'assemblea è con piacere che Vi annuncio un incontro E.C.M. dal titolo "La persona nel fine vita" Il pronunciamento della Federazione. Ad aiutarci in questa riflessione abbiamo invitato la Dott.ssa Barbara Mangiacavalli Direttore SITRA e Segretaria della Federazione Nazionale Collegi IP.AS.VI.

LA PRESIDENTE
 Dott.ssa Ambra Proietti

ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI

- 14,00 Registrazione dei partecipanti e consegna bollini anno 2010
- 14,40 Inizio dei lavori con il seguente ordine del giorno:
 Relazione annuale della Presidente (presentazione programma attività 2010)

BILANCIO CONSUNTIVO ANNO 2009

- Approvazione

BILANCIO DI PREVISIONE ANNO 2010

- Approvazione
- Varie ed eventuali.

SESSIONE CONVEGNISTICA

LA PERSONA NEL FINE VITA
 PRONUNCIAMENTO DELLA FEDERAZIONE

RELATORE

- Dott. **Barbara Mangiacavalli**
 Segretario Federazione Nazionale Collegi IP.AS.VI.

MODERATORE

- **Ambra Proietti**
 Presidente Collegio IP.AS.VI.
 Provincia di Terni

- 17,30 Dibattito
- 18,30 Compilazione questionario
- 19,00 Chiusura dei lavori e consegna degli attestati di partecipazione

I destinatari dell'evento sono gli infermieri, e gli infermieri pediatrici iscritti al Collegio, in regola con i pagamenti annuali. Iscrizioni in sede congressuale. **È in corso l'accreditamento E.C.M. presso la Regione Umbria.**

DELEGA PER L'ASSEMBLEA DEL COLLEGIO IP.AS.VI. DI TERNI

Il/La Sottoscritto/a: I.P. A.S. V.I.

IMPOSSIBILITATO/A AD INTERVENIRE ALL'ASSEMBLEA ORDINARIA DEL **21 APRILE 2010**

per i seguenti motivi:

DELEGA il/la Sig.:

PER TUTTI GLI ATTI ALL'ORDINE DEL GIORNO Data:

Firma:

NOTIZIE FLASH NOTIZIE FLASH NOTIZIE FLASH

LE NEWS

**LEGGE
SUL FINE VITA**

La posizione
degli infermieri IP.AS.VI.

Lo scorso 10 dicembre la Commissione Affari Sociali di Montecitorio ha iniziato l'esame degli emendamenti, adottando come testo base la proposta di legge 2350, approvata dal Senato a marzo.

"Una legge che, così come è formulata, appare in contrasto con la nostra deontologia professionale, non riconosce la centralità della persona e delle sue volontà e non tiene conto del coinvolgimento dell'intera équipe assistenziale".

Così Annalisa Silvestro, Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IP.AS.VI., sintetizza la posizione degli infermieri italiani in merito alla legge sul testamento biologico e sul 'fine vita'. Posizione espressa attraverso un Pronunciamento reso pubblico proprio mentre alla Camera entra nel vivo la discussione sul cosiddetto ddl Calabrò.

"Il Pronunciamento non nasce certo oggi" – afferma Silvestro – *"è, infatti, il punto di arrivo di una riflessione avviata dal nostro gruppo professionale già nel 2008, quando ab-*



biamo avviato il percorso di revisione del nostro Codice deontologico. La riflessione etica non poteva non toccare tematiche di particolare sensibilità e rilevanza quali la terminalità di vita, il rispetto delle volontà nell'assistito e il suo accompagnamento al 'fine vita'. Da qui la decisione di rendere pubbliche le nostre valutazioni".

Nel loro Pronunciamento gli infermieri, professionisti che svolgono una insostituibile funzione nella fase terminale della vita delle persone, si richiamano alle norme espresse nel loro Codice deontologico per valutare l'articolato della proposta di legge 2350: *"Durante*

l'evoluzione terminale della malattia e nel fine vita" – si legge nel Pronunciamento – *"i rapporti tra l'assistito, le sue persone di riferimento, il medico, l'infermiere e l'équipe assistenziale non possono essere rigidamente definiti da una legge potenzialmente fonte di dilemmi etici, difficoltà relazionali e criticità professionali, ma devono essere vissuti e sviluppati secondo le norme dei Codici di deontologia professionale".*

Norme deontologiche che contrastano con l'attuale formulazione della legge. *"Nel testo approvato alla Camera"* – osserva Silvestro – *"non si rileva il valore della centralità della persona e del rispetto delle sue volontà che non possono che essere il perno del processo di cura e di assistenza: il testo attuale infatti, se prevede che l'assistito possa manifestare ed esprimere le proprie volontà, definisce anche che tali volontà non abbiano cogenza per il medico che, oltre a tutto, viene indicato come l'unico detentore di ogni decisione che riguarda l'assistito indipendentemente dal parere di altri professionisti inseriti con lui nell'équipe assistenziale".*

(Tratto dal sito www.ipasvi.it)

INFERMIERI A RISCHIO LICENZIAMENTO

L'ospedale chiede l'iscrizione all'Albo e minaccia la nullità del contratto

Circolare della discordia. L'ospedale di Perugia al centro di una polemica sulla vicenda dell'albo (AleAnt). Una circolare, protocollata (numero 20) firmata dall'ufficio giuridico della direzione del personale. Una missiva inviata a tutti i collaboratori professionali sanitari infermieri e al responsabile del dipartimento delle professioni sanitarie Serena Agrestini. In sostanza, si fa sapere a tutti i lavoratori del Santa Maria della Misericordia che se non risulteranno iscritti al collegio provinciale di riferimento verranno licenziati. Questo in ottemperanza della legge 43 del 2006.

Un vero e proprio ultimatum che è arrivato come una doccia fredda per molti. Si lamenta, infatti, la scarsa informazione in merito e anche una certa ambiguità delle leggi in campo, con una sentenza della Cassazione che va in senso contrario. Ma i vertici dell'ospedale perugino non ne hanno voluto sapere: "Si ricorda - è scritto nella circolare - che la legge 43 del 2006 ha sancito l'obbligatorietà dell'iscrizione al collegio provinciale IP.AS.VI. per l'esercizio della professione di infermiere e che tale obbligo è esteso anche ai dipendenti del pubblico impiego. Le signorie loro sono pertanto invitate a produrre certificazioni di iscrizione o dichiarazio-



CONSULENZA LEGALE

COLLEGIO DI TERNI

Come già comunicato il Collegio IP.AS.VI. di Terni si avvale della collaborazione di un avvocato iscritto all'Ordine degli Avvocati della Provincia di Terni per pareri legali e assistenza stragiudiziale.

Gli Infermieri iscritti possono rivolgersi al Collegio per maggiori informazioni ●

ne sostitutiva di certificazione redatta in carta semplice ai sensi del decreto del presidente della Repubblica numero 455 del 2000. Si sottolinea - è scritto nel finale - che la mancata iscrizione del professionista comporta la nullità del contratto di lavoro".

Senonché, come riportano molti esperti del settore la "corte suprema di Cassazione sesta sezione all'udienza pubblica del primo aprile del 2003 ha pronunciato la sentenza che sancisce la non obbligatorietà dell'iscrizione degli infermieri al collegio succitato. Ma la legge del 2006 arriva dopo. E le ultime notizie di cronaca arrivate dalle parti della direzione generale del nosocomio di Sant'Andrea delle Fratte hanno messo in allerta i vertici, che si sono prodigati nell'inviare gli ultimatum ai dipendenti. Come è

rintracciabile anche in internet "i carabinieri del nucleo tutela della salute del comando di Genova, durante un controllo nel settore delle professioni sanitarie, hanno scoperto che nella Asl 5 di La Spezia erano presenti 49 infermieri che operavano senza il regolare titolo abilitante. I carabinieri li hanno denunciati tutti perché, dipendenti della Asl, non risultavano iscritti all'albo del collegio professionali infermieri, requisito essenziale ed indispensabile per poter svolgere l'attività sanitaria, sia come libero professionista, sia come dipendente.

Gli infermieri sono stati denunciati all'autorità giudiziaria per l'esercizio di una professione svolta senza i titoli abilitanti prescritti (articolo 348 del codice penale)". Il tutto è avvenuto lo scorso 28 dicembre".

Si è voluto riportare per intero l'articolo tratto dal Corriere dell'Umbria del 31/1/2010 in modo che sia il più possibile diffusa la notizia dell'iniziativa presa dall'Azienda Ospedaliera di Perugia, iniziativa che il nostro collegio plaude e ricorda ai lettori che l'iscrizione all'Albo non è una mera formalità burocratica, perché la legge affida al Collegio, ente ausiliario dello Stato, la tutela del cittadino garantendo in tal modo la correttezza delle prestazioni, la qualità dei percorsi formativi e il rispetto delle norme deontologiche da parte dei professionisti che vi sono iscritti. ☞

(Da il Corriere dell'Umbria, 31 gennaio 2010, di Antonio Caperna del 16/12/2009: <http://www.corrieredellumbria.it/news.asp?id=49>)

L'ANGOLO DEL LIBRO

È una morte nuova, una morte moderna i cui tempi sono dettati da medici e terapie, quella a cui ci hanno messo di fronte i casi di Eluana Englaro e Piergiorgio Welby. Casi che hanno suscitato l'immediata reazione di scienziati, uomini di Chiesa e politici. Solo i filosofi hanno taciuto. "Eppure ci sono domande che non possono più essere eluse, domande a cui la filosofia, più della religione e della politica è chiamata a rispondere perché è stata la filosofia, per prima, a formularle. Ci si può preparare alla morte? Esserne preparati aiuta ad andare incontro a una 'buona morte'? E ancora: che cos'è diventata la morte nell'epoca della tecnica?" Così la curatrice Daniela Monti spiega l'origine di *Che cosa vuol dire morire*, volume che raccoglie le riflessioni di sei tra i più importanti filosofi italiani sul rapporto tra morte e uomo moderno.

"Cerchiamo di entrare nella morte a occhi aperti" diceva, nelle *Memorie di Adriano* di Marguerite Yourcenar, l'imperatore ormai alla fine della sua vita. Non è così per l'uomo moderno, tanto impreparato di fronte alla morte da rimuoverne semplicemente il pensiero. Per questo in *Che cosa vuol dire morire* la filosofia vuole dare il suo contributo alla formazione di una nuova cultura della morte. Ne na-



**Remo Bodei,
Roberta De Monticelli,
Vito Mancuso,
Giovanni Reale,
Aldo Schiavone,
Emanuele Severino**

CHE COSA VUOL DIRE MORIRE

Sei grandi filosofi di fronte all'ultima domanda

Ed. Einaudi - pp. 188, 2010 € 15,00
ISBN 9788806200992

Siamo sulla soglia di una rivoluzione: nelle prossime generazioni l'intervento della tecnica sarà di una tale invasività e forza da modificare tutto ciò che è legato alla nostra biologia, comprese nascita e morte. La morte da evento immutabile, come è stato sempre in tutta la storia dell'uomo, si sta trasformando in evento dentro le nostre possibilità di scelta.

scono sei riflessioni personali sul rapporto con la fine, la medicina e la malattia che pur giungendo a conclusioni diverse – al rifiuto dell'eutanasia del filoso-

fo cattolico Giovanni Reale si contrappone la riflessione di Aldo Schiavone, che ipotizza un futuro in cui tutti sceglieranno come e quando morire – individuano alcuni punti fermi. Dalla necessità di riconoscere a ogni uomo la libertà di scegliere la sua fine alla consapevolezza che la tecnologia è davvero alleata dell'uomo solo se un'etica condivisa ne regola l'uso. E da tutti gli autori giunge forte l'appello a una presa di coscienza collettiva sui problemi che riguardano, oggi, la fine della vita.

Che cosa vuol dire morire è stato recensito sul *Corriere della Sera* e su *Repubblica*. "Un libro che non tratta semplicemente delle concezioni di fine vita contemporanee", ha scritto Armando Torno sul *Corriere della Sera*, "ma invita a riflettere con prospettive nuove sul mistero che accoglie l'uomo e del quale, per quanti sforzi faccia, sa poco". E Roberto Esposito su *Repubblica*: "Le riflessioni di Aldo Schiavone, Giovanni Reale, Remo Bodei, Roberta De Monticelli, Vito Mancuso ed Emanuele Severino, sollecitate dalle intelligenti domande della curatrice, rispondono a un'esigenza fortemente sentita. Che è quella di liberare la discussione sulla morte dai limiti specialistici del lessico medico o giuridico, situandola in un più ampio orizzonte di pensiero". 

A CURA DELLA REDAZIONE

I CORSI DI LAUREA

Si è ritenuto importante, a compimento del percorso accademico di molti nuovi colleghi, tornare a segnalarvi i riferimenti principali dei lavori discussi nelle sessioni di presentazione delle tesi per l'anno accademico 2008-2009, presso Università degli studi di Perugia, corso di laurea in Infermieristica.

Ciò nel convincimento di fornire un servizio utile, non solo ai colleghi neolaureati, ma anche e soprattutto a tutti coloro che possano essere interessati a considerare gli sviluppi concettuali su cui si orienta la professione, già dal suo livello di formazione di base.

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA Facoltà di Medicina e Chirurgia

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA - SEDE DI PERUGIA

ANNO ACCADEMICO 2008-2009

PRESIDENTE: PROF.SSA GRAZIELLA MIGLIORATI
COORDINATORE: DR.SSA MIRELLA GIONTELLA

| COGNOME E NOME | TITOLO DELLA TESI | PROFESSORI - RELATORE |
|----------------------------------|--|-----------------------|
| ADDEY BENIAMINO | <i>La medicina complementare nella professione infermieristica analisi comparata tra Italia e USA</i> | Giontella Mirella |
| AHMED MOHAMED | <i>La sindrome del burnout nelle professioni sanitarie, cause e prevenzioni</i> | Lucentini Manlio |
| ADEBANJO TOLLULOPE TAWAKALITU | <i>Diritti del morente</i> | Lucentini Manlio |
| ALESSANDRINI DIEGO | <i>Assistenza Infermieristica nei traumi spinali chiusi</i> | Ricci Patrizia |
| ARCELLI ANDREA | <i>L'evoluzione dei bisogni di salute e la comunità delle cure: il ruolo dell'infermiere</i> | Borghesi Patrizia |
| ARGESE MARIA FRANCESCA | <i>L'assistenza infermieristica ad un paziente con sindrome coronarica acuta</i> | Costantini Vincenzo |
| BALA ELIONA | <i>Assistenza infermieristica al paziente con ictus acuto</i> | Pettinacci Luciano |
| BALDIACCHINI ELISA | <i>L'accoglienza infermieristica al paziente psicotico acuto presso il servizio psichiatrico diagnosi e cura</i> | Angerosa Rosalba |
| BATANI DEBORA | <i>Donazione d'organo ai fini di trapianti: aspetti infermieristici, legislativi e dimensione etica</i> | Mancinelli Luciano |
| BERETTONI GIOVANNA | <i>I cateteri venosi centrali: prevenzione delle complicanze e procedure di gestione</i> | Pettinacci Luciano |
| BIANCONI DAVID | <i>La continuità assistenziale per il paziente anziano</i> | Fontetrosciani Laura |
| BICCHIELLI KATIA | <i>Assistenza infermieristica nel tumore prostatico</i> | Lucarini Gabriella |
| BOCCIARELLI ILENIA | <i>Il paziente con neoplasia polmonare</i> | Lucarini Gabriella |
| BRUSCIA MARCO | <i>La malnutrizione nell'anziano: valutazione "nuffe"</i> | Fontetrosciani Laura |
| BURICO LUCIA | <i>Oggi: Il parto medicalizzato</i> | Ramacciani Doretta |
| CAPECCHI ENRICO | <i>L'infermiere e il triage nella maxi emergenza</i> | Mancinelli Luciano |
| CAPOZZI ITALIA | <i>Aneurisma aorta addominale: trattamento chirurgico ed endovascolare</i> | Lucarini Gabriella |
| CAPRILE MICHELE | <i>La continuità assistenziale tra ospedale e territorio: il ruolo del case manager</i> | Carnio Gabriella |
| CARDATOLI LUCA | <i>La persona affetta da Alzheimer: assistenza infermieristica</i> | Fontetrosciani Laura |
| CAPOZZI ITALIA | <i>Aneurisma aorta addominale: trattamento chirurgico ed endovascolare</i> | Lucarini Gabriella |
| CATAPANO DAVIDE | <i>L'organizzazione del soccorso sanitario sul territorio: l'infermiere protagonista della gestione dell'emergenza</i> | Mancinelli Luciano |
| CATRANA MICHELA | <i>Prevenire gli errori, imparare dagli errori: le nuove tecnologie per la sicurezza del paziente</i> | Fontetrosciani Laura |
| CECCARELLI CHIARA | <i>Infezioni ospedaliere</i> | Ciotti Patrizia |

| COGNOME E NOME | TITOLO DELLA TESI | PROFESSORI - RELATORE |
|----------------------------------|---|------------------------|
| CECCARINI ALICE | <i>Chi ride non piange. Il sorriso come risorsa terapeutica per l'infermiere in ambito pediatrico</i> | Giontella Mirella |
| CESARINI VANESSA | <i>La persona con urostomia</i> | Lucarini Gabriella |
| CHERUBINI MICHELA | <i>Il paziente tra autodeterminazione e diritto: il ruolo dell'infermiere</i> | Dobosz Marina |
| CHIOCCI ALESSANDRO | <i>La BPCO e le sue implicazioni nelle principali attività quotidiane di vita</i> | Pettinacci Luciano |
| CIACCIONI FLAVIA | <i>Relazione fra infermiere e persona alla fine della vita</i> | Lucentini Manlio |
| CICCHITTI CHIARA | <i>Endometriosi come malattia sociale: risultati di un questionario</i> | Gerli Sandro Francesco |
| CIUCHINI GIULIA | <i>La documentazione clinico-assistenziale: uno strumento per migliorare la qualità dell'assistenza</i> | Carnio Gabriella |
| CRISTOFORI ELEONORA | <i>Una modalità d'intervento nel campo della salute mentale: triage psichiatrico territoriale</i> | Borghesi Patrizia |
| DEMA VJOLICA | <i>Insufficienza renale cronica e assistenza al paziente in emodialisi</i> | Pettinacci Luciano |
| DI LASCIO MIMMA | <i>I sistemi sanitari in America e in Italia con particolare attenzione al ruolo dell'infermiere nella gestione della donna con sclerosi multipla</i> | Bologni Donatella |
| DJESSA TCHOULA EDITH | <i>La compliance terapeutica nel paziente anziano: ruolo dell'infermiere</i> | Fontetrossiani Laura |
| DURANTI DANILA | <i>Il paziente oncologico: aspetti psicologici, contesto sanitario e assistenza infermieristica</i> | Marino Marcello |
| FABILLI THOMAS | <i>La sicurezza delle cure: "Il ruolo dell'infermiere nella prevenzione del rischio di suicidio in ospedale"</i> | Borghesi Patrizia |
| FARACO ELEONORA | <i>I disturbi del comportamento alimentare e la società</i> | Sereni Michela |
| FIORILLI FRANCESCO MARIA | <i>Assistenza infermieristica alla persona sottoposta a chemioterapia antineoplastica</i> | Migliorati Graziella |
| FIORUCCI MARGHERITA | <i>Il day hospital psichiatrico di Perugia. Poliedrica opportunità assistenziale: un'esperienza di osservazione e di affiancamento all'infermiere dedicato</i> | Angerosa Rosalba |
| FLAVONI MARCO | <i>Patologia da corpo estraneo dimenticato nel campo operatorio. Indagine, ricerca, responsabilità</i> | Carnio Gabriella |
| FRATINI LUCIA | <i>Altra umanità: rispecchiamento, empatia e riabilitazione al paziente psichiatrico</i> | D'Alessandro Silvio |
| FRIGO FLAVIO | <i>Assistenza infermieristica al paziente sottoposto a ventilazione meccanica</i> | Mancinelli Luciano |
| GALLI ROBERTA | <i>Il tirocinio clinico e lo studente del primo anno di infermieristica: approccio, interazione e coinvolgimento</i> | Giontella Mirella |
| GIROLMETTI MONIA | <i>Ruolo dell'infermiere: procedure corrette correlate all'assistenza per la prevenzione delle infezioni ospedaliere e riferite al posizionamento del cateterismo vescicale</i> | Ciotti Prizia |
| GRADI REANA | <i>Il paziente ustionato: specificità e complessità dell'assistenza infermieristica</i> | Mancinelli Luciano |
| GUAGLIANONO JENNIFER | <i>I bisogni nella persona in coma. Equilibrio tra tecnicismo e assistenza infermieristica</i> | Mancinelli Luciano |
| ISLAMI VISJAN | <i>L'assistenza infermieristica al paziente schizofrenico</i> | Sereni Michela |
| JAFAMILLO VINUEZA MARIA CRISTINA | <i>Ruolo dell'infermiere nella recovery room</i> | Tesoro Simonetta |
| KERKENI FRANCESCA | <i>L'igiene delle mani: realizzazione di un progetto dell'Azienda Ospedaliera di Perugia</i> | Ciotti Patrizia |
| LILLI GIORDANO | <i>L'infermiere e il delirio</i> | Sereni Michela |
| LODA PALOMA | <i>Relazione madre figlio da zero a un anno</i> | Ramacciani Doretta |
| MANGIALASCHE MATTEO | <i>La qualità percepita dall'infermiere rispetto all'assistenza erogata all'interno delle strutture residenziali</i> | Riganelli Palmiro |
| MANNUCCI VERONICA | <i>Assistenza al paziente con ulcere vascolari, arteriose e venose</i> | Pettinacci Luciano |
| MARASCO SILVIA | <i>L'approccio multidimensionale al paziente affetto da ictus in fase riabilitativa. Il ruolo dell'infermiere</i> | Sereni Michela |
| MARCELLI ISABELLA | <i>Il ruolo dell'assistenza infermieristica nella prevenzione delle infezioni delle infezioni ospedaliere</i> | Riganelli Palmiro |
| MARCHESINI SIMONE | <i>Le problematiche del caregiver</i> | Sereni Michela |
| MATTIOLI LUISA | <i>La malattie psicosomatiche</i> | Sereni Michela |
| MEDICI FEDERICA | <i>Quella goccia in più...</i> | Sereni Michela |
| MIGLIONICO SIMONA | <i>Il blocco operatorio e la sicurezza del paziente</i> | Lucarini Gabriella |
| MONACHELLO MARA | <i>La cartella infermieristica come strumento per garantire la sicurezza delle prestazioni</i> | Rossi Aviano |
| MONDI SUSANNA | <i>Il rischio clinico assistenziale in emodialisi: ruolo dell'infermiere e strategie di gestione</i> | Riganelli Palmiro |
| MORGANTI FRANCESCO | <i>Confronto a fini conoscitivi tra la documentazione infermieristica Italiana e Australiana, con particolare riferimento alla cartella Infermieristica</i> | Giontella Mirella |
| NGAMGOU WAFFO LAUREATINE | <i>Ruolo e difficoltà delle badanti nell'accudimento del malato terminale</i> | Lucentini Manlio |
| NICOLINI PATRIZIA | <i>L'audit clinico come strumento formativo e di sviluppo professionale</i> | Riganelli Palmiro |
| OKE FRANCESCO | <i>L'infermiere e il processo di nursing pediatrico</i> | Giontella Mirella |
| OLANDA GUIDO | <i>Il processo di nursing nella valutazione e nella gestione del paziente affetto da emorragia gastrointestinale</i> | Ricci Patrizia |
| OLMI MONICA | <i>La continuità assistenziale nella persona in carico in regime "Day-service"</i> | Rossi Aviano |
| PAGNOTTA MIRCO | <i>La qualità percepita dell'assistenza infermieristica nel servizio di assistenza domiciliare integrata</i> | Riganelli Palmiro |
| PAPALINI MIRCO | <i>Dai sistemi complessi alle check list. Percorso per un ospedale di qualità</i> | Tesoro Simonetta |
| PASSERI MONICA | <i>Gestione del rischio clinico, sicurezza della persona e assistenza infermieristica nella terapia farmacologica. Ruolo, autonomia e responsabilità dell'infermiere</i> | Riganelli Palmiro |
| PAURA CRISTINA | <i>Accoglienza a pazienti con bisogni speciali</i> | Ciotti Patrizia |
| PERINELLI FRANCESCA | <i>Allattamento al seno: gesto naturale e insostituibile</i> | Ramacciani Doretta |
| PETRUCCIOLI ILENIA | <i>Customer satisfaction nel pronto soccorso di Foligno</i> | Carnio Gabriella |
| PISTONE MARINA | <i>Gestione infermieristica del paziente con neoplasia esofagea</i> | Bassotti Gabrio |

| COGNOME E NOME | TITOLO DELLA TESI | PROFESSORI - RELATORE |
|------------------------|--|------------------------|
| POMPILI LETIZIA | <i>Ruolo dell'infermiere nella prevenzione dell'incontinenza urinaria da sforzo nel post-partum. Studio prospettico sull'utilizzo di esercizi per il pavimento pelvico</i> | Ramacciani Doretta |
| ROMANI ELIA | <i>Approccio infermieristico al politraumatizzato nell'incidente stradale</i> | Mancinelli Luciano |
| ROSATI VALENTINA | <i>Fisiopatologia dell'aborto spontaneo</i> | Gerli Sandro Francesco |
| ROSSI ALESSANDRO | <i>Ruolo dell'infermiere nel team multidisciplinare nell'assistenza alla persona affetta da sclerosi multipla (con riferimento al modello statunitense)</i> | Sarchielli Paola |
| ROSSI ELEONORA | <i>Verso un ospedale senza dolore</i> | Riganelli Palmiro |
| SAVERI ELEONORA | <i>Il lavaggio delle mani: uno strumento strategico a disposizione dell'infermiere per la prevenzione delle infezioni ospedaliere</i> | Riganelli Palmiro |
| SCARABATTOLI CRISTIANO | <i>Assistenza infermieristica al paziente con embolia polmonare</i> | Pettinacci Luciano |
| SERRITELLA ANTONIO | <i>Autonomia della persona nelle scelte di fine vita</i> | Lucentini Manlio |
| SHAVB MARIA | <i>Counseling in ambito leucemico</i> | D'Alessandro Silvio |
| SKALKA MONIKA | <i>L'arto fantasma</i> | Tesoro Simonetta |
| SPAZZONI ROBERTA | <i>La patologia della depressione: cura e assistenza infermieristica</i> | Sereni Michela |
| TARDUCCI LUCIA | <i>Il diabete mellito e le sue complicanze. Il ruolo dell'assistenza infermieristica nella prevenzione e nel trattamento</i> | Pettinacci Luciano |
| TASCHINI LUCA | <i>Assistenza la paziente con trauma vertebro-midollare dal territorio all'ospedale</i> | Mancinelli Luciano |
| TEZA BARBARA | <i>L'infermieristica applicata alle metodiche di monitoraggio: contenuti, operatività, limiti della tecnologia</i> | Mancinelli Luciano |
| TIBERIO GIACOMO MARIA | <i>Rianimazione cardiopolmonare: tecnica fondamentale per salvare una vita umana</i> | Mancinelli Luciano |
| TODINI SILVIA | <i>Il seno vale una vita. Prevenzione, diagnosi e cura del carcinoma della mammella</i> | Lucarini Gabriella |
| TORINI ELISABETTA | <i>L'insostenibile leggerezza dell'essere</i> | Sereni Michela |
| URLI SARA | <i>Riconoscere e valorizzare la professionalità dell'infermiere: dalle prestazioni alle competenze</i> | Riganelli Palmiro |
| VATA INVA | <i>Assistenza la paziente con scompenso cardiaco</i> | Pettinacci Luciano |
| VICARI VALENTINA | <i>L'empatia e la sua rilevanza nelle relazioni di cura</i> | D'Alessandro Silvio |
| VIGNAIOLI MARIA IRENE | <i>L'approccio narrativo in ospedale generale</i> | D'Alessandro Silvio |
| VISCIOLA ELISA | <i>La ricerca infermieristica e medica: una speranza in più per le persone con Fibrosi Cistica e le loro famiglie</i> | Giontella Mirella |

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA
Facoltà di Medicina e Chirurgia

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA - SEDE DI TERNI

ANNO ACCADEMICO 2008-2009

SESSIONE DEL 26-11-2009

| COGNOME E NOME | TITOLO DELLA TESI | PROFESSORI - RELATORE |
|-------------------|--|-----------------------|
| FILENI SERENA | <i>Gestione infermieristica del catetere venoso centrale in terapia intensiva</i> | Bruno Ciammitti |
| CUPELLO GABRIELE | <i>La gestione dell'ansia nel paziente ospedalizzato</i> | Alberto Antonini |
| TESFAI ELEN | <i>Il sentimento della paura dell'infermiere del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: nursing psicodinamico vs "logorio" professionale</i> | Alberto Antonini |
| ANASETTI VERONICA | <i>L'esperienza del dolore nel paziente oncologico ed il ruolo dell'infermiere</i> | David Lazzari |
| BIANCHINI PAOLO | <i>Importanza della relazione nel contesto di cura</i> | David Lazzari |
| RIZZARI SIMONA | <i>Assistenza infermieristica alle donne vittime di violenza: Sapere, saper fare e saper essere</i> | Alberto Antonini |
| TANCHI ISABELLA | <i>Il ruolo dell'infermiere compagno adulto nell'assistenza all'adolescente con disagio psichico - Percorsi di aiuto nel servizio territoriale</i> | Alberto Antonini |
| MISSINATO MARTA | <i>Nursing al paziente operato di A.A.A.</i> | Ubaldo Pennesi |
| ZHORANETS HALYNA | <i>L'infermiere e la qualità di vita del paziente sottoposto all'intervento cardiocirurgico: ruolo dell'informazione</i> | Ubaldo Pennesi |
| BARBONI ANDREA | <i>Assistenza infermieristica al paziente nel periodo postoperatorio</i> | Gastone Pettralla |
| SUBISSI MARLENE | <i>Aspetti psicologici e di comunicazione del triage infermieristico</i> | Gastone Pettralla |

| COGNOME E NOME | TITOLO DELLA TESI | PROFESSORI - RELATORE |
|-------------------------|---|-----------------------|
| CESARONI BARBARA | <i>L'infermiere in chirurgia toracica: una guida per il paziente verso un ospedale "senza dolore"</i> | Ubaldo Pennesi |
| FERRANTI EMANUELA | <i>L'assistenza infermieristica al paziente affetto da emorragia subaracnoidea conseguente a rottura di aneurisma cerebrale</i> | Ubaldo Pennesi |
| PINTUCCI SONIA | <i>Approccio infermieristico nelle maxiemergenze</i> | Gastone Petralla |
| TRALASCIA VALERIA | <i>L'infermiere nell'assistenza al paziente amputato agli arti inferiori: professionista e...</i> | Ubaldo Pennesi |
| DAMIANI GIULIANO | <i>Le quattro manovre infermieristiche di emergenza</i> | Gastone Petralla |
| OLEDA VALERIA | <i>L'infermiere e gli aspetti psicologici del paziente neoplastico</i> | Mauro Brugia |
| CARBONI ANTONELLA | <i>L'infermiere e l'immigrato: cultura e assistenza</i> | Renata Buono |
| TASCINI MASSIMO | <i>Le cadute in ospedale: prevenzione, gestione del paziente caduto, profili di responsabilità del personale sanitario</i> | Renata Buono |
| COLASANTI TIZIANA | <i>Il "viaggio" del paziente verso l'intervento cardiocirurgico: Il paziente torna alla vita con l'infermiere "del cuore"</i> | Ubaldo Pennesi |
| SCIANNAMEO FLAVA | <i>Assistenza infermieristica al paziente con colostomia nel postoperatorio</i> | Ubaldo Pennesi |
| QUINTILI GIADA | <i>Ruolo assistenziale ed educativo nell'infermiere a domicilio</i> | Renata Buono |
| IPPOLITI SILVIA | <i>L'obesità nel bambino e nell'adolescente: dalla clinica all'educazione</i> | Marina Felici |
| DODAJ MALVINA | <i>Le epilessie nel bambino</i> | Marina Felici |
| SCARPONI CIANI FEDERICO | <i>La gestione del dolore acuto postoperatorio in Day Surgery: il ruolo dell'infermiere</i> | Marsilio Francucci |
| ROSATI FRANCESCA | <i>Il Domicilio luogo di cura e assistenza</i> | Luigia Bonanni |

SESSIONE DEL 27-11-2009

| | | |
|---------------------------|--|------------------|
| BATTISTONI GIULIA | <i>Ossigenoterapia: dalle cannule nasali agli occhiali glamour. Tecniche, presidi e assistenza nella terapia con ossigeno</i> | Adriana Alcini |
| PELLEGRINO MANUEL | <i>Le epatiti: una patologia sempre attuale nell'assistenza infermieristica</i> | Adriana Alcini |
| PALOMBA GIULIA | <i>Tradizioni & prassi assistenziali delle ulcere da decubito</i> | Luigia Bonanni |
| NATALIZI SANDRO | <i>Impatto della malattia e qualità della vita nell'anziano fragile: L'infermiere tra presente e futuro</i> | Luigia Bonanni |
| CAMPANELLA MARCELLA | <i>Amaro prima che nasca: la gravidanza ideale - donne in difficoltà: l'intervento dell'infermiere</i> | Marina Felici |
| OLEDA CHIARA | <i>L'infermiere di famiglia e di comunità: verso il futuro dell'assistenza</i> | Adriana Alcini |
| TOMMASI CHIARA | <i>Le tossicodipendenze: tra malattia ed emarginazione</i> | Adriana Alcini |
| DEL GRANDE ANDREA | <i>Cure palliative: non solo dolore - Ruolo dell'infermiere</i> | Luigia Bonanni |
| GENTILI SIMONA | <i>La morte quale ineluttabile conseguenza della vita: ruolo dell'infermiere nel proprio ambito professionale e umano</i> | Luigia Bonanni |
| BERLUCCA ROSILVA | <i>Vivere non sopravvivere: aspetto psicologico e ruolo infermieristico nel paziente emodializzato.</i> | Adriana Alcini |
| DEMAIO MARIA GRAZIA | <i>Il bambino chirurgico. Assistenza preoperatoria e postoperatoria</i> | Marina Felici |
| RITUCCI ANNA | <i>Il sorriso in corsia: La terapia del sorriso come valido strumento per una migliore relazione d'aiuto nel reparto di Onco-ematologia pediatrica</i> | Marina Felici |
| RICCI TORRICELLI EMANUELA | <i>L'infermiere e lo shock settico: una sfida da giocare in termini di prevenzione e gestione della complessità assistenziale</i> | Patrizia Rinaldi |
| KUKZYNSKA URSZULA | <i>Iipertensione arteriosa, principi dell'assistenza infermieristica</i> | Patrizia Rinaldi |
| GANDOLA VALERIO | <i>Salute "straniera"</i> | Renata Buono |
| ZOMPARELLI SILVIA | <i>Il profilo professionale dell'infermiere: uno strumento per la modernità</i> | Renata Buono |
| MASSI CAMILLA | <i>Il ruolo dell'infermiere nella gestione della nutrizione artificiale</i> | Meri Chiarini |
| CRISALLI LORENZO | <i>Passo dopo passo insieme per respirare meglio</i> | Adriana Alcini |
| SORDINI MICHELA | <i>Malaria! Zanzara non pungermi</i> | Adriana Alcini |
| CHIAPPARICCI VALENTINA | <i>Le cefalee: l'infermiere a 360°</i> | Adriana Alcini |
| BIANCHINA ELEONORA | <i>Il paziente con stomie digestive: pre e post operatorio</i> | Gastone Petralla |
| LIZZI ELEONORA | <i>La disfagia: conseguenza frequente nel paziente affetto da ictus</i> | Gastone Petralla |
| SODI ANNALISA | <i>L'armonia del curare: comunicazione e dinamiche tra paziente ed infermiere nella relazione terapeutica</i> | Adriana Alcini |
| LIBORI SARA | <i>Dolore postoperatorio: piano assistenziale infermieristico</i> | Bruno Ciammitti |
| PEZZANERA GIULIO | <i>L'arresto cardiocircolatorio</i> | Gastone Petralla |
| CATANI ELENA | <i>Le medicazioni avanzate nel trattamento delle ferite difficili: ruolo dell'infermiere</i> | Luigia Bonanni |

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA
Facoltà di Medicina e Chirurgia

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA - SEDE DI CITTÀ DI CASTELLO
ANNO ACCADEMICO 2008-2009

| COGNOME E NOME | TITOLO DELLA TESI | PROFESSORI - RELATORE |
|--------------------------------|---|-----------------------|
| ANDERINI SIMONA | <i>Competenze infermieristiche nella gestione del catetere venoso centrale</i> | Gasparri Franca |
| ASSEMBRI MASSIMILIANO | <i>Il paziente e la sua famiglia. Nuove frontiere dell'assistenza infermieristica</i> | Machi Giovanna |
| BARTOLINI STEFANO | <i>La stimolazione multisensoriale al paziente in coma</i> | Dini Michela |
| BASILU CLAUDIA | <i>Il ruolo dell'infermiere quando un bambino si ammala di tumore</i> | Caiotti Egle |
| BERLIOCCI GIOVANNI | <i>Il ruolo dell'infermiere nel percorso assistenziale integrato ospedale territorio</i> | Gasparri Franca |
| BIAGINI ALESSANDRA | <i>Il posizionamento del paziente in sala operatoria</i> | Sannipoli Caterina |
| CAVALLUCCI FIAMMETTA FLORENTIA | <i>Il ruolo dell'infermiere nell'istituzione del manicomio e l'assistenza psichiatrica dopo la riforma della legge 180</i> | Armellini Deanna |
| CIRELLO TERESA | <i>Infermiere e trapianto</i> | Borchiellini Marcello |
| COSTANTINI CRISTINA | <i>Il modello bifocale dell'assistenza infermieristica. Diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi</i> | Gasparri Franca |
| CUCCARINI MICHELA | <i>Paura e ansia da procedure diagnostico terapeutiche nel bambino. Ruolo dell'infermiere</i> | Caiotti Egle |
| DOMENICHINI ELISABETTA | <i>Assistenza infermieristica in fase di svezzamento dalla ventilazione meccanica</i> | Dini Michela |
| FEGATELLI DAVIDE | <i>L'assistenza infermieristica al politraumatizzato in ambito extraospedaliero</i> | Gasparri Franca |
| FERRI FEDERICO | <i>L'alopecia come effetto collaterale della terapia antioblastica. Assistenza infermieristica</i> | Baldicchi Alfredo |
| FRANCIONI LUCA | <i>Il monitoraggio della pressione intracranica (PIC) responsabilità e competenze dell'infermiere</i> | Sannipoli Caterina |
| GAMBINI FABIO | <i>L'infermiere nell'area delle dipendenze</i> | Borchiellini Marcello |
| GHEZZI THOMAS | <i>La presa in carico del paziente in sala operatoria, aspetti tecnici e relazionali</i> | Caiotti Egle |
| GIOVAGNINI GIACOMO | <i>La comunicazione in oncologia: problematiche relative alla comunicazione della diagnosi di tumore ed alle informazioni conseguenti nei vari momenti della malattia neoplastica</i> | Bravi Stefano |
| LEONARDI VIRGINIA | <i>La malattia mentale. L'evoluzione i luoghi di cura e la presa in carico del paziente psichiatrico</i> | Susini Paolo |
| LUCARINI ROBERTO | <i>Competenze infermieristiche negli interventi di prevenzione e controllo della malattia tubercolare in ambito ospedaliero</i> | Gasparri Franca |
| MANCINI FRANCESCA | <i>L'infermiere di famiglia verso il futuro</i> | Sannipoli Caterina |
| MARTINELLI FRANCESCA | <i>L'infermiere e il morire: sapere, saper fare, saper essere al traguardo della vita in ospedale</i> | Machi Giovanna |
| MARTINI CLAUDIA | <i>L'aspetto relazionale del paziente dializzato</i> | Dini Agnese |
| MASSETTI FRANCESCA | <i>Il mondo visto dall'incubatrice con l'aiuto dell'infermiere</i> | Caiotti Egle |
| MUCA LORENA | <i>Assistenza infermieristica al paziente affetto da sindrome da immunodeficienza acquisita</i> | Gasparri Franca |
| PACIOTTI MARTINA | <i>Vocazione, Passione, Professione: un viaggio nell'infermieristica</i> | Gasparri Franca |
| PALLA GESSICA | <i>Ruolo dell'infermiere nell'accompagnamento del malato oncologico in fase terminale di malattia</i> | Dini Agnese |
| PROCACCI ROBERTA | <i>Ruolo dell'infermiere nel triade extra ospedaliero nelle maxi emergenze</i> | Sannipoli Caterina |
| PULETTI VERONICA | <i>Il nursing in psichiatria</i> | Borchiellini Marcello |
| RAICHI SUSANNA | <i>Conoscere il dolore. Il dolore acuto postoperatorio</i> | Gasparri Franca |
| RAMPI GIULIO | <i>Assistenza infermieristica al paziente colostomizzato</i> | Caiotti Egle |
| RENZINI ROMINA | <i>L'infermiere case manager in ambito psichiatrico</i> | Gasparri Franca |
| RICCARDINI ANDREA | <i>Training al paziente in dialisi peritoneale</i> | Dini Agnese |
| SILVESTRI MATTEO | <i>Il nursing perioperatorio</i> | Dini Michela |
| TACCHINI MIRKO | <i>L'infermiere e l'emergenza intraospedaliera</i> | Caiotti Egle |
| TIBURZI SARA | <i>Crescere con la fibrosi cistica aspetti psicosociali dell'assistenza infermieristica</i> | Armellini Deanna |
| TIZZI MILENA | <i>La gestione infermieristica dell'ansia aspetti educativi e relazionali</i> | Dini Michela |
| TROMBETTA ANGELA | <i>L'immunonutrizione nel paziente chirurgico. Il ruolo dell'infermiere</i> | Sannipoli Caterina |
| VITIELLO ANTONIO | <i>Nursing in area critica al paziente politraumatizzato</i> | Dini Michela |

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA
Facoltà di Medicina e Chirurgia

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA - SEDE DI FOLIGNO

ANNO ACCADEMICO 2008-2009

SESSIONE DEL 1-12-2009

PRESIDENTE: PROF. GIULIANO STAGNI

| COGNOME E NOME | TITOLO DELLA TESI | PROFESSORI - RELATORE |
|----------------------------|--|------------------------|
| LUZZI SARA | <i>Le Infezioni urinarie correlate alla cateterizzazione vescicale: il ruolo dell'infermiere nella prevenzione</i> | Giuliano Stagni |
| MARCANTONI ANDREA | <i>Infezioni correlate all'assistenza: modalità e mezzi di contenimento</i> | Giuliano Stagni |
| MONACELLI VALENTINA | <i>Il ruolo dell'Infermiere dalla donazione d'organo al trapianto renale</i> | Donatella Siepi |
| CASAGRANDE PROIETTI ENRICA | <i>Il paziente con dissezione aortica, incidenza nella terapia intensiva postoperatoria cardiocirurgia dell'azienda ospedaliera di Perugia</i> | M. Assunta Alimenti |
| METI NEXHMJUE | <i>Responsabilità infermieristica nella somministrazione dei farmaci</i> | M. Assunta Alimenti |
| CAPEZZALI STEFANO | <i>Fibrinolisi pre-ospedaliera nello STEMI: la gestione infermieristica nella realtà Umbra</i> | Lucio Nagni |
| FILIPPUCI MANOLO | <i>Urologia: ruolo dell'Infermiere nelle patologie prostatiche</i> | Anna Brandi |
| SILLANI MICHELA | <i>Fratture esposte: assistenza infermieristica</i> | Anna Brand |
| LUZZI KATIA | <i>Le terapie complementari: un valido contributo nelle cure palliative</i> | Pierluigia Ciucarilli |
| DRAOLI CHIARA | <i>Nursing in cure palliative: trattamento della costipazione per migliorare la qualità della vita</i> | Pierluigia Ciucarilli |
| PUCCI CHIARA | <i>Tetraplegia e paraplegia: l'organismo mutato da una lesione midollare</i> | Donatella Siepi |
| ANTONELLI SERENA | <i>Sindrome di Steven-Johnson: peculiarità dell'assistenza infermieristica</i> | Raffaele Zava |
| PALOMBA CARMELA | <i>L'Abuso sessuale sui bambini e la presa in carico dell'Infermiere esperto nel team multidisciplinare</i> | Anna Toni |
| STAFFA SARA | <i>Accompagnamento alla nascita e al parto: ruolo infermieristico in ambito ostetrico nella realtà dell'ospedale di Foligno</i> | Nazzareno Cruciani |
| PIERMARINI PAMELA | <i>Il disagio giovanile: l'Infermiere tra etica professionale e la relazione terapeutica</i> | Alice Santoni |
| BRUNI RICCARDO | <i>Analisi dell'assistenza infermieristica del paziente delirante attraverso il metodo dell'osservazione partecipata</i> | Alice Santoni |
| PIPPI ALESSANDRA | <i>Tecniche non farmacologiche per il trattamento del dolore nei bambini</i> | M. Francesca De Santis |
| CHIOCCIONI FILIPPO | <i>Emergenze respiratorie in età pediatrica</i> | Raffaele Zava |
| RINALDINI ALESSIA | <i>La sedazione del delirio in rianimazione</i> | Raffaele Zava |

SESSIONE DEL 2-12-2009

| | | |
|----------------------------|--|----------------------|
| BENEDETTI LUCIANO | <i>L'infermiere ed il trattamento dell'epatite cronica da HCV nel tossicodipendente</i> | Giuliano Stagni |
| ACEBO JESSICA DEL ROCIO | <i>"La disabilità" Bambini disabili nei diversi paesi del mondo</i> | M. Assunta Alimenti |
| CESARI ELISABETTA | <i>La donazione di sangue: etica e deontologia infermieristica</i> | M. Assunta Alimenti |
| CRUSANTI GIORDANO | <i>L'equipe nell'emergenza territoriale 118 e rapporto tra gli operatori sanitari</i> | Lucio Nagni |
| BENVENUTI ELISA | <i>Il triage come risposta al dolore in Pronto Soccorso: elaborazione del progetto "ospedale senza dolore"</i> | Lucio Nagni |
| PROIETTI DE SANTIS RACHELE | <i>La comunicazione con i pazienti multietnici</i> | Giuseppina Menduno |
| RINALDINI SIMONA | <i>"L'Alzheimer: difficoltà assistenziali di una patologia. Non dimenticare chi dimentica"</i> | Roberta Amodeo |
| FERRI LEONARDO | <i>"L'Infermiere in rianimazione" Gestione e prevenzione da germi multiresistenti</i> | Anna Brandi |
| MASTRILLO CIRO | <i>Ruolo tecnico e formativo dell'infermiere nella Dialisi peritoneale</i> | Maila Da Rold |
| PANTALLA MATTEO | <i>L'assistenza geriatria, continuità assistenziale e integrazione dei servizi</i> | M. Assunta Alimenti |
| SILINGARDI DAVID | <i>L'Infezione da HIV/AIDS: alcune considerazioni attuali sulla gestione dei pazienti</i> | Giuliano Stagni |
| PIOLI MARTINA | <i>Approccio diagnostico-terapeutico ed assistenziale del paziente con TBC multiresistente</i> | Piero Tili |
| FRANCIONI LUCIA | <i>Assistenza infermieristica al bambino malato di Sindrome di Kawasaki</i> | Giuseppe Castellucci |
| SBRASCINI ISABELLA | <i>Incidenza degli infortuni sul lavoro del personale sanitario e il ruolo dell'infermiere nella loro prevenzione</i> | Nicola Murgia |
| GORACCI BARBARA | <i>La Depressione: un labirinto dove è facile smarrirsi</i> | M. Luisa Tacchi |
| LUPIDI FEDERICA | <i>"Ustioni" Prevenzione e cura: proposta di un progetto educativo nella scuola primaria</i> | Lucio Nagni |
| MANNI FABIO | <i>Gestione della sindrome da schiacciamento: proposta di un protocollo operativo infermieristico</i> | Lucio Nagni |
| VALECCHI DANILO | <i>Farmaci nella diagnostica, utilizzo dei mezzi di contrasto: competenze infermieristiche nell'attività ordinaria e d'emergenza</i> | Liliana Bendi |

DISPENS@TORE DI STIMOLI INFERMIERISTICI BLOCKNOTES

Di fronte a sempre più frequenti situazioni di emergenza causate da terremoti e varie catastrofi che si sono abbattute in Italia ed in altri Paesi occorre intervenire velocemente ed in modo coordinato.

L'esigenza di formare dei gruppi operativi di intervento sanitario in caso di necessità nasce dalla consapevolezza che nelle fasi acute di catastrofi l'improvvisazione non contribuisce a determinare un intervento efficace.

Protezione Civile

La Protezione Civile (<http://www.protezionecivile.it/>), è l'organizzazione deputata nell'organizzare e coordinare i soccorsi; subito dopo il sisma che si è verificato a L'Aquila, i presidenti delle Federazioni Nazionali delle Professioni Sanitarie hanno come prima iniziativa, creato un sito web (<http://www.sanitasolidale.org>), con il quale medici, infermieri, ostetriche, veterinari, psicologi e tecnici di radiologia, hanno inteso costruire e mettere a disposizione delle Istituzioni un centro di raccolta e di ulteriore diffusione di tutte quelle notizie e comunicazioni che potevano rendere più efficaci e tempestivi gli aiuti alle popo-

la frase

PRAISE FOR ITALIAN NURSES' COURAGE

The RCN (Royal College of Nurses) has praised the dedication of nurses helping those caught in the earthquake in Italy last week. Nurses treated people in makeshift hospitals set up in the city of L'Aquila after the disaster left an estimated 278 people dead, 100 seriously injured and 28,000 people homeless

Nursing Standard, 2009 Apr 15-21; 23 (32): 9

lazioni, non solo nell'immediato, ma anche durante tutto il periodo della ricostruzione.

Infermieri per l'emergenza

Da anni gli infermieri sono uniti in un'organizzazione che si occupa di aspetti legati alla "protezione civile" attraverso il CIVES Comitato Infermieri Volontari Emergenza Sanitaria - Infermieri per l'emergenza (<http://www.cives-onlus.org/>).

È un'associazione non lucrativa di utilità sociale (ONLUS) composta esclusivamente da Infermieri che mettono a disposizione la loro professionalità in caso di catastrofi, calamità naturali e tutte le attività di competenza della funzione sanità.

CIVES è una delle Associazioni di volontariato nazionali che collaborano con il Dipartimento Nazionale di Protezione Civile ed è regolarmente iscritta nei registri nazionali del volontariato; oltre a fornire soccorso e assistenza in caso di Grandi Eventi o catastrofi è impegnata in attività di formazione ed addestramento per una sempre maggiore diffusione di una cultura sia professionale che civile di prevenzione, educazione ispirandosi ai principi della Medicina delle Catastrofi

L'aiuto regionale

L'ARES (Associazione Regionale Emergenza Sanitaria e Sociale <http://ares-italia.org/>) persegue, senza fini di lucro, esclusivamente finalità di solidarietà sanitaria e sociale nel campo dell'assistenza alle persone colpite da eventi calamitosi attraverso l'organizzazione e la formazione degli asso-

ciati. È noto che i protocolli della medicina delle catastrofi sono differenti dalle pratiche mediche ordinarie, così come i materiali e le specializzazioni richieste, a seconda del genere di evento da fronteggiare, per i quali occorre quindi una preparazione costante

In caso di maxi emergenze

Il Gruppo Chirurgia d'Urgenza (<http://www.gcupisa.it/home.htm>), è una associazione, che gestisce una Unità Mobile Medico Chirurgica dotata di tende pneumatiche ed attrezzatura sanitaria comprensiva di Sala Operatoria, da impiegare in caso di maxi emergenze. Lo scopo dell'Associazione è quello di garantire una efficace ed immediata disponibilità di mezzi e di personale, al fine di offrire un adeguato soccorso sanitario, in caso di catastrofi, calamità naturali o atti terroristici.

L'equipe di base pronta a partire è costituita da 7 Medici, 7 Infermieri/Tecnici e 1 Eletttricista/Meccanico. L'Associazione lavora in sinergia con le Istituzioni preposte all'organizzazione dei soccorsi ed in virtù delle proprie caratteristiche, è pronta a partire in un tempo massimo di tre ore in ambito nazionale e sei ore in quello internazionale.

L'organizzazione mondiale

Queste associazioni fanno riferimento all'organizzazione mondiale, che si occupa di medicina d'emergenza ([## **CREDITI ECM**](http://</p>
</div>
<div data-bbox=)

COLLEGIO DI TERNI

La commissione E.C.M. della Regione Umbria ha deliberato i crediti formativi degli eventi organizzati dai Collegi IP.AS.VI. di Perugia e Terni. Di seguito sono riportate le descrizioni degli incontri dell'anno 2009, i crediti attribuiti e le modalità di consegna degli attestati. Sono inoltre disponibili, presso le segreterie dei Collegi di Perugia e Terni, gli attestati relativi ai corsi 2006, 2007 e 2008 non ancora acquistati dagli interessati.

Il nuovo codice deontologico degli infermieri italiani 16 maggio 2009

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Terni, tenutosi presso il presidio ospedaliero "S. Maria della Stella" di Orvieto, assegnando all'evento stesso 6 crediti formativi E.C.M. (Determinazione Dirigenziale n. 7377 del 4/8/2009)

Gli Attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento presso la segreteria del Collegio negli orari di apertura al pubblico (lunedì 9-11 martedì e giovedì 16-19)

I Corso Formativo sulla gestione delle stomie: tracheostomia e stomie dell'apparato urinario 1 EDIZIONE

Terni 28 giugno 2008

2 EDIZIONE

Terni 18 aprile 2009

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Terni, assegnando all'evento stesso 13 crediti formativi E.C.M. (Determinazione Dirigenziale n. 10321 del 17/11/2008)

Gli attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento presso la segreteria del Collegio negli orari di apertura al pubblico (lunedì 9-11 martedì e giovedì 16-19) ●

wadem.medicine.wisc.edu/ World Association for disaster and emergency medicine). Vi collaborano infermieri, medici, paramedici, psicologi, dentisti, sociologi, e figure che si occupano di organizzare l'emergenza; gli obiettivi sono:

- Facilitare la ricerca-istruzione e la formazione base;
- Interpretare e scambiare informazioni attraverso la rete globale di soci e pubblicazioni;
- Sviluppare standard evidence-based per l'emergenza e assistenza sanitaria;
- Coordinare la raccolta dati e fornire valutazioni standardizzate nello sviluppo dei disastri;
- Incoraggiare la pubblicazione e la presentazione risultati evidence-based della ricerca nelle pubblicazioni scientifiche, conferenze e congressi internazionali.

La rivista di riferimento

La rivista di riferimento è Prehospital and Disaster Medicine (<http://pdm.medicine.wisc.edu/>), International Disaster Nursing Textbook è un libro reperibile nel sito dell'associazione per gli infermieri che vogliono specializzarsi su queste tematiche.

Per fornire un'assistenza adeguata in situazioni di emergenza, occorrono professionisti qualificati, per raggiungere questo obiettivo è necessario che questi siano coordinati da persone competenti e formate onde evitare improvvisazioni. ☞

PREVENIRE GLI ERRORI, IMPARARE DAGLI ERRORI

GLI EVENTI SENTINELLA

Introduzione

L'orientamento del Servizio Sanitario Nazionale è quello di offrire assistenza di alta qualità ed in condizioni di massima sicurezza, pertanto, tra le funzioni del Ministero della Salute, è di particolare importanza la valutazione ed il controllo dell'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza, anche per gli aspetti della qualità e della sicurezza dei pazienti su tutto il territorio nazionale. In questo senso è nato e si è sviluppato già dal 2005 il monitoraggio degli eventi sentinella che, attraverso l'analisi delle cause e dei fattori determinanti e contribuenti al verificarsi degli eventi, consente di imparare dagli errori e promuovere azioni preventive per contrastare il ripetersi di eventi analoghi.

Da parte del Ministero è fondamentale che vi sia una gestione nazionale per tali eventi, di solito poco frequenti, affinché non vadano disperse informazioni preziose per la sicurezza dei pazienti che, in un'ottica di sinergia e solidarietà, devono diventare patrimonio comune di tutte le strutture del paese. Ad ottobre del 2009 il Ministero ha presentato un do-

cumento che riporta i dati riferiti a 4 anni di attività del sistema di monitoraggio e fornisce un quadro, seppure parziale, delle tipologie di eventi sentinella, del contesto e delle modalità di accadimento. Ciò con-

la frase

Uno dei più frustranti aspetti della sicurezza dei pazienti è l'apparente incapacità dei sistemi sanitari di imparare dai loro errori.

Errori tragici continuano a verificarsi in molte situazioni ed in tutte le organizzazioni sanitarie. La migliore soluzione a tale problematica è lo studio dei nostri errori e la condivisione delle conoscenze apprese tramite lo sviluppo dei sistemi di segnalazione degli eventi avversi.

(Dr. Lucian Leape; professore di Politica Sanitaria alla Harvard School of Public Health)

sente di individuare, in una logica di sanità pubblica, le possibili azioni da mettere in atto per contrastare il ripetersi di tali gravi eventi, anche attraverso l'elaborazione di raccomandazioni che devono essere im-

plementate a livello aziendale per assicurare l'erogazione di trattamenti sanitari sicuri e di elevata qualità.

Rapporto sul Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella

Il sistema di monitoraggio nazionale ha, tra i suoi principali obiettivi:

- la raccolta delle informazioni riguardanti gli eventi sentinella occorsi nelle strutture del SSN;
- l'analisi dei fattori contribuenti e delle cause profonde, focalizzata sui sistemi e sui processi;
- il feedback informativo con le strutture del SSN e con le Regioni e Province Autonome;
- l'elaborazione e l'implementazione di raccomandazioni specifiche rivolte a tutte le strutture del SSN.

Eventi avversi

La scelta di promuovere il monitoraggio degli eventi sentinella deriva dal fatto che essi rappresentano "eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave

danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o ridicibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione". Anche il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 pone particolare enfasi, nell'ambito della promozione delle politiche di governo clinico, alla sicurezza dei pazienti ed in particolare prevede che "...le attività di monitoraggio devono essere condotte secondo un criterio graduato di gravità di eventi, prevedendo che i tre livelli, nazionale, regionale ed aziendale, possano promuovere le rispettive azioni, secondo un disegno coerente e praticabile. Deve essere attivato un monitoraggio degli eventi sentinella...".

Dopo l'inizio sperimentale del 2005, a luglio 2009 è stato pubblicato il nuovo protocollo di monitoraggio, rivisto ed aggiornato sulla base delle segnalazioni (il precedente era del febbraio 2008, presentato anche su queste pagine); il numero delle categorie degli eventi è stato portato da 10 a 16 per dare maggiore specificità agli eventi segnalati ed armonizzato con il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES). I risultati presentati in questo rapporto non rappresentano dati di incidenza o prevalenza degli eventi avversi, in quanto l'obiettivo del sistema di monitoraggio è quello di

| TIPO EVENTO | N° | % |
|--|------------|-------------|
| 10 Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale | 38 | 22,9% |
| 16 Ogni altro evento che causa morte o grave danno al paziente | 66 | 17,1% |
| 9 Morte o grave danno per caduta di paziente | 38 | 9,9% |
| 15 Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico | 36 | 9,3% |
| 4 Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico | 34 | 8,8% |
| 5 Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità (ABO) | 29 | 7,5% |
| 8 Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso 2500 grammi non correlata a malattia congenita | 25 | 6,5% |
| 7 Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto | 18 | 4,7% |
| 6 Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica | 16 | 4,2% |
| 12 Atti di violenza a danno di operatori | 10 | 2,6% |
| 14 Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del P.S. | 10 | 2,6% |
| 2 Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte) | 5 | 1,3% |
| 1 Procedura in paziente sbagliato | 4 | 1% |
| 3 Errata procedura su paziente corretto | 4 | 1% |
| 13 Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero) | 1 | 0,3% |
| 11 Violenza su paziente in ospedale | 1 | 0,3% |
| TOTALE | 385 | 100% |

Tab. 1

imparare da essi e mettere in atto le azioni ed i cambiamenti che ne riducano la probabilità di accadimento, ma sono comunque molto preziosi, anche perché c'è una grande scarsità di dati attendibili sull'argomento, soprattutto in ambito italiano. Inoltre, molte aziende sanitarie non hanno aderito al Protocollo, mentre altre hanno segnalato vari eventi sentinella.

A riguardo è noto l'effetto paradossale della segnalazione,

per cui un elevato numero di segnalazioni di eventi avversi da parte di una organizzazione sanitaria non indica necessariamente un numero più elevato di errori, ma, piuttosto, è indicativo di una maggiore attenzione da parte delle strutture sanitarie nei confronti della problematica della sicurezza dei pazienti. Il Sistema di monitoraggio degli eventi sentinella è basato sulla segnalazione da parte delle strutture

| ESITO | N° | % |
|---|------------|-------------|
| Morte | 211 | 54,8% |
| Reintervento chirurgico | 41 | 10,7% |
| Altro | 40 | 10,4% |
| Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente | 24 | 6,2% |
| Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità (ABO) | 19 | 4,9% |
| Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva | 16 | 4,2% |
| Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione | 13 | 3,4% |
| Disabilità permanente | 11 | 2,9% |
| Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio o violenza subita nell'ambito della struttura | 4 | 1,0% |
| Coma | 3 | 0,8% |
| Rianimazione cardio respiratoria | 3 | 0,8% |
| TOTALE | 385 | 100% |

Tab. 2

| LUOGO EVENTO | N° | % |
|--------------------|------------|-------------|
| Reparto di degenza | 157 | 40,8% |
| Sala operatoria | 99 | 25,7% |
| Domicilio | 53 | 13,8% |
| Ambulatorio | 19 | 4,9% |
| Bagni | 17 | 4,4% |
| Altro | 13 | 3,4% |
| Terapia intensiva | 11 | 2,9% |
| Scale | 6 | 1,6% |
| Non specificato | 5 | 1,3% |
| Corridoi | 3 | 0,8% |
| Ambulanza | 2 | 0,5% |
| TOTALE | 385 | 100% |

Tab. 3

sanitarie e/o delle Regioni. Le schede per la segnalazione dell'evento prevedono la raccolta di informazioni riguardanti la tipologia e le principali note descrittive dell'evento (scheda A),

| DISCIPLINA/AREA ASSISTENZIALE | N° | % |
|--|------------|-------------|
| Ostetricia e ginecologia | 57 | 24,8% |
| Chirurgia generale | 51 | 13,3% |
| Medicina generale | 47 | 12,2% |
| Ortopedia e traumatologia | 34 | 8,8% |
| Psichiatria | 26 | 6,8% |
| Pediatria | 9 | 2,3% |
| Radiologia | 9 | 2,3% |
| Geriatria | 9 | 2,3% |
| Urologia | 8 | 2,1% |
| Pneumologia | 6 | 1,6% |
| Malattie infettive e tropicali | 6 | 1,6% |
| Terapia intensiva | 6 | 1,6% |
| Neurochirurgia | 6 | 1,6% |
| Neurologia | 5 | 1,3% |
| Chirurgia pediatrica | 5 | 1,3% |
| Cardiologia | 5 | 1,3% |
| Ematologia | 5 | 1,3% |
| Otorinolaringoiatria | 5 | 1,3% |
| Oculistica | 4 | 1,0% |
| Lungodegenti | 3 | 0,8% |
| Nefrologia | 3 | 0,8% |
| Odontoiatria e stomatologia | 3 | 0,8% |
| Neonatalogia | 3 | 0,8% |
| Gastroenterologia | 2 | 0,5% |
| Terapia intensiva neonatale | 2 | 0,5% |
| Astanteria | 2 | 0,5% |
| Recupero e riabilitazione | 2 | 0,5% |
| Chirurgia toracica | 2 | 0,5% |
| Chirurgia vascolare | 2 | 0,5% |
| Oncologia | 2 | 0,5% |
| Anestesia e rianimazione | 2 | 0,5% |
| Emodialisi | 2 | 0,5% |
| Malattie endocrine del ricambio e nutrizione | 2 | 0,5% |
| Altro | 10 | 3% |
| Non specificato | 35 | 9,1% |
| TOTALE | 385 | 100% |

Tab. 4

l'analisi delle cause e dei fattori contribuenti ed il piano d'azione messo in atto dalle Aziende per la prevenzione della ricorrenza degli eventi (scheda B). Nel periodo compreso tra settembre 2005 ed agosto 2009 al Ministero della salute sono pervenute 385 schede di segnalazione di eventi sentinella. L'evento con il maggior numero di segnalazioni è l'evento n. 10 "suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale" con 88 segnalazioni (pari al 22,9%). La seconda categoria per numero di segnalazioni (66 eventi, corrispondenti al 17,1% del totale) è rappresentata da eventi non classificabili. L'evento "morte o grave danno per caduta di paziente" rappresenta la terza categoria segnalata con 38 segnalazioni (pari a 9,9%). La tabella 1 illustra in dettaglio gli eventi segnalati (Tab. 1)

Attraverso l'analisi delle informazioni contenute nel protocollo pubblicato nel marzo 2008 e revisionato nel luglio 2009, è stato possibile dettagliare la gravità del danno riportato in seguito ad un evento sentinella. Nella tabella 2 sono presentati in dettaglio gli esiti, da cui emerge che nel 54,8% dei casi si è verificata la morte e nel 10,7% è stato necessario un reintervento chirurgico (Tab. 2).

Nella tabella 3 vengono riportati i luoghi dove si sono verificati gli eventi. Più del 40% degli eventi sono occorsi nelle stanze di degenza, mentre il 25,7% si è verificato in sala operatoria (Tab. 3).

Nella tabella 4 viene rappresentata la distribuzione di frequenza degli eventi sentinella per disciplina/area di assistenza, da cui risulta che quelle maggiormente interessate sono Ostetricia e ginecologia, Chirurgia generale, Medicina Generale e Ortopedia e traumatologia (Tab. 4).

Relativamente all'analisi delle cause e dei fattori contribuenti legati all'evento c'è da dire che più della metà (55,6%) delle segnalazioni sono state effettuate in modo incompleto, solo attraverso la scheda A, che non permette la determinazione dei fattori contribuenti. Tra le schede correttamente compilate figurano, come fattori maggiormente contribuenti (in ordine di importanza):

- Cause legate alle tecnologie sanitarie, farmaci, linee guida e barriere:
- Cause umane
- Cause legate alla comunicazione
- Cause ambientali

Inoltre, per il 40,5% delle segnalazioni le strutture sanitarie hanno presentato dei piani d'azione mirati a evitare il ripetersi degli eventi sentinella.

Rispetto al precedente rapporto diffuso nel mese di aprile 2007, si rileva che la frequenza delle segnalazioni è rimasta costante nel tempo, sebbene si sia molto parlato, a vari livelli, della sicurezza dei pazienti, pertanto il fenomeno della sottosegnalazione resta ancora una problematica rilevante. Però, grazie alla mag-



RISCOSSIONI QUOTE 2010

COLLEGIO DI TERNI

Nel mese di aprile verrà inviato a tutti gli iscritti al Collegio IP.AS.VI. della Provincia di Terni tramite Equitalia Umbria S.p.A. l'avviso di pagamento per il versamento della quota annuale di iscrizione all'Albo Professionale. Si ricorda che la quota di € 52,00 può essere pagata in tre rate utilizzando gli allegati bollettini prestampati rispettando le date di scadenza riportate.

I RATA 30 aprile 2010

II RATA 30 giugno 2010

III RATA 30 settembre 2010

Oppure versando il totale utilizzando il corrispondente bollettino allegato **entro e non oltre il 30 settembre.**

Per coloro che entro il termine predetto non avessero ancora provveduto al pagamento verranno spedite nel mese di novembre 2010 le cartelle esattoriali di sollecito maggiorate delle spese di notifica. Per qualsiasi informazione e chiarimento rivolgersi alla segreteria del Collegio ●

giore categorizzazione delle tipologie di eventi sentinella, sono notevolmente diminuiti gli eventi non ben collocabili ed è aumentata la percentuale degli eventi analizzati attraverso idonee metodologie, con un incremento dei piani di azione adottati.

Occorre tuttavia promuovere una specifica formazione per sviluppare ulteriormente le capacità di analisi e risposta degli operatori e delle Aziende sanitarie.

Un ulteriore elemento di riflessione è correlato alla frequente segnalazione, tra i fattori contribuenti, della mancanza, inadeguatezza ed inosservanza di linee guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure, da cui deriva l'esigenza di rendere disponibili agli operatori del SSN raccomandazioni specifiche per prevenire tali eventi, in massima parte già disponibili sul sito del ministero. Inoltre, dall'analisi delle schede di segnalazione e dei fattori contribuenti emerge che una comunicazione inefficace rappresenta un fattore critico e pertanto, è opportuno mettere in atto iniziative per migliorare la comunicazione tra gli operatori e tra operatori e pazienti. ➔

BIBLIOGRAFIA

- Ministero della Salute. *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella - 2° Rapporto*, ottobre 2009.
- Ministero della Salute. *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella*, luglio 2009.
- Ministero della Salute. *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella - 1° Rapporto*, aprile 2007.

GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

ASSISTENZA AL PAZIENTE CON PEG

ABSTRACT

La *Gastrostomia Endoscopica Percutanea*, detta anche *PEG*, è una tecnica che consente la *nutrizione enterale*. Questo tipo di nutrizione è necessaria nei pazienti che non sono in grado di alimentarsi autonomamente per bocca, in seguito a disturbi neurologici e/o disturbi fisici nel tratto digestivo superiore. Presenta gli stessi vantaggi dell'alimentazione per via parenterale e in più permette il mantenimento della funzionalità intestinale ed una più facile gestione del paziente a domicilio.

La *PEG* permette un notevole miglioramento della qualità della vita rispetto al sondino naso-gastrico che è spesso poco tollerato e che presenta numerosi svantaggi sul paziente.

L'alimentazione, la cura e l'igiene della persona con la *PEG* richiede una particolare importanza per la prevenzione delle complicanze.

KEY WORDS

Peg, Percutaneous Endoscopic Gastrostomy, gastrostomia.

Che cosa è

La *PEG* (*Percutaneous Endoscopic Gastrostomy* - *Gastrostomia Percutanea per via Endoscopica*), è una metodica, introdotta per la prima volta nel 1979 (Gauderer e Ponsky), che consiste nell'inserimento di una sonda di plastica nel tratto digestivo durante una normale gastroscopia (Figg. 1-2).

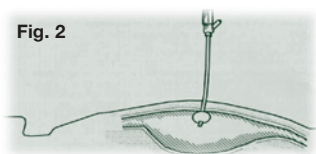
Alternative al posizionamento della PEG per la nutrizione enterale

Sondino naso-gastrico

- è mal tollerato;
- si rimuove accidentalmente;



Fig. 2



- la dislocazione può danneggiare le vie respiratorie;
- provoca decubiti;
- gastrostomia open;
- ci sono rischi addizionali per l'incisione;
- provoca infezione e deiscenza.

Alternative al posizionamento della PEG per la nutrizione parenterale

- CVC - Porth a-cath;
- ci sono rischi di infezione;
- si evidenzia la "perdita" funzionalità intestinale (trofismo).

Chi necessita della PEG

Tutti i pazienti che non possono alimentarsi adeguatamente e nei quali vi sia l'indicazione all'alimentazione enterale < 1 mese, in particolare:

- patologie neurologiche;

- ictus, SLA, Parkinson, Alzheimer, vasculopatie cerebrali, etc. (Polmonite ab ingestis);
- disfunzioni meccaniche;
- disordini della deglutizione (Polmonite ab ingestis);
- ostruzioni esofagee;
- fratture facciali.

Controindicazioni sul posizionamento della PEG

- pazienti terminali (aspettativa di vita almeno > 1 mese);
- impossibilità ad eseguire una esofago-gastro-duodenoscopia EGDS (stenosi esofagea);
- ascite;
- impossibilità al posizionamento adeguato della PEG sulla parete anteriore dello stomaco;
- esiti di resezione gastrica;
- epatomegalia severa.

Appena posizionata la PEG cosa si deve fare

- eseguire la disinfezione della cute peri-PEG con betadine;
- eseguire la copertura della stomia con garze sterili (non interporre tra la cute e il dispositivo di ancoraggio);
- collegare la sonda ad una sacca per raccolta liquidi (utile, nelle prime 24 ore, per evidenziare sanguinamenti);
- non utilizzare la PEG per 24 ore.

Alimentazione per il paziente con PEG

L'alimentazione può iniziare dopo 24 ore. Esistono fondamentalmente tre tipi di miscele nutritive per N.E.:

a) **Diete naturali**, costituite dalla miscelazione di sostan-

ze naturali, la cui preparazione può essere:

- artigianale, nella quale gli alimenti sono frullati ed omogenizzati, in forma liquida o semiliquida;
- industriale, in cui i preparati sono già disponibili in commercio, hanno una composizione nota, equilibrata, garantiscono un apporto completo dei vari elementi nutritivi, sono più sicuri per quanto riguarda possibili contaminazioni.

b) **Diete chimicamente definite**:

- polimeriche o semielementari, che richiedono processi digestivi parziali;
- monomeriche o elementari, già pronte per essere assorbite.

c) **Diete modulari o specifiche**, utilizzate per soddisfare esigenze nutrizionali legate a articolare patologie, come l'insufficienza epatica, l'insufficienza renale, l'insufficienza respiratoria, il diabete.

Modalità di somministrazione degli alimenti

Esistono varie tecniche di somministrazione la cui scelta dipende dalle condizioni cliniche del paziente e dalle possibilità anatomiche e funzionali dell'intestino.

Intermittente

È la tecnica di "gavage", ossia la somministrazione in pochi minuti di bolo unico (200-400 cc) mediante siringa, ripe-

tuta ad intervalli di 4-6 ore nelle 24 ore.

È sconsigliata per l'elevato numero di effetti collaterali (distensione gastro-addominale, nausea, reflusso gastroesofageo, ab ingestis, diarrea da contaminazione).

Continua

La somministrazione avviene in tempi molto lunghi, lentamente tramite l'ausilio di una pompa o per caduta (goccia a goccia). Essa presenta le seguenti caratteristiche:

- riduzione delle manipolazioni delle miscele nutritive;
- limita molto l'autonomia del paziente che spesso tende all'immobilità causata sia dalle sue condizioni sia dalla dipendenza dalla linea infusoriale;
- allungando il tempo di assorbimento si migliora la capacità intestinale;
- nei pazienti in condizioni più stabili, con intestino che si adatta a flussi veloci, si può ovviare al problema della dipendenza concentrando la somministrazione in 8-14 ore (durante le ore notturne).

Assistenza al paziente durante l'alimentazione con PEG

1) È necessario lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone prima di iniziare la preparazione degli alimenti.

2) **Preparazione degli alimenti**. Se gli alimenti sono già disponibili sotto forma liquida, in flacone o in sacca idonei ad essere collegati alla linea infu-

sione PEG, agitare bene la confezione e predisporre tutto l'occorrente rispettando le tecniche asettiche. Se il preparato è in polvere comporre la soluzione come indicato nella confezione aggiungendo la quantità di acqua richiesta, se conservato in frigorifero portarlo a temperatura ambiente. Talvolta per preparare la dose per il singolo pasto o la dose giornaliera, prima dell'uso può essere necessario mescolare i vari alimenti in un contenitore apposito (solitamente una sacca di PVC) dotato di chiusura, che dovrà poi essere collegato alla PEG; in questo caso le norme igieniche devono essere assolutamente rispettate.

3) Posizione del paziente.

Terminata la preparazione degli alimenti, far assumere al paziente la posizione semi-seduta, sollevando la testiera del letto o utilizzando alcuni cuscini, per facilitare la somministrazione del preparato. Tale posizione deve essere mantenuta per almeno un'ora dal termine del pasto onde evitare pericolosi rigurgiti gastroesofagei.

4) Controlli. Si dovrà controllare inoltre:

- l'esatta posizione della PEG, verificando la sede della tacca di riferimento presente nella superficie esterna e la quantità di residuo gastrico;
- se il residuo è superiore a 100 cc, interrompere la somministrazione per 1-2 ore se questa avviene per bolo, rallentare la velocità, se continua. Qualora il residuo gastrico persista o la sonda risulti di-

slocata, sospendere l'alimentazione ed avvisare il medico. Tenere sempre sotto osservazione il paziente durante il pasto, segnalando la comparsa di sintomi quali: tosse, difficoltà respiratoria, cianosi, causati da aspirazione o reflusso alimentare nelle vie aeree; nausea, vomito, diarrea e alterazione della coscienza.

5) Gestione della sonda.

Lavare la sonda prima e dopo ogni somministrazione intermittente con 30-60 cc di acqua tiepida. Se la somministrazione è continua, la sonda va lavata periodicamente ogni 3-4 ore poiché i sondini per la nutripompa sono di calibro sottile. Nei periodi di non utilizzo chiudere la sonda con un tappo adatto (conico da catetere o similari) non pinzare la sonda con Klemmer o simili.

6) Somministrazione di farmaci. I farmaci non devono essere mescolati con gli alimenti, ma somministrati a parte. Sono preferibili i farmaci in forma liquida, ove ciò non sia possibile, polverizzare le compresse, somministrarle una alla volta con acqua, irrigare con 5 cc di acqua tra un farmaco e l'altro, quindi risciacquare la sonda.

7) Registrazioni. Registrare giornalmente la quantità di soluzione nutritiva somministrata e settimanalmente il peso corporeo (se le condizioni del paziente lo permettono).

8) Pulizia del cavo orale e igiene personale. La pulizia giornaliera del cavo orale è al-

trisi importante poiché viene mancare la pulizia meccanica naturale ottenuta con la masticazione; inoltre le labbra devono essere ammorbidite frequentemente con sostanze specifiche (burro-cacao, olio di vaselina). Il paziente può fare la doccia dopo 7/8 giorni dall'impianto della PEG.

Norme generali per la cura della PEG

Di regola bisogna **controllare giornalmente le cute attorno alla stomia**, verificando l'esistenza di eventuali segni di infezione: arrossamento, gonfiore, irritazione, eventuale presenza di pus, perdita di succo gastrico. **La medicazione** deve essere cambiata una volta al giorno per la prima settimana, a giorni alterni per gli 8-10 giorni successivi, poi medicazioni settimanali.

Non mettere mai garze tra la cute ed il fermo di ritenzione esterno.

Se la protesi è ancorata con un triangolo o un cerchietto di bloccaggio, pulire con accuratezza e delicatamente la cute sottostante.

Eventuali incrostazioni attorno alla stomia possono essere rimosse con acqua ossigenata a 10 volumi.

Controllare la posizione della sonda tramite le tacche presenti sulla superficie.

Settimanalmente far compiere dei giri di rotazione completa alla sonda o al bottone per verificare il corretto posizionamento. Se si avverte resistenza, indice di dislocazione della sonda, interrompere l'alimentazione, avvisare il me-

dico perché può essere necessario un controllo endoscopico della sua posizione.

Complicanze locali più frequenti

Allargamento ed arrossamento della stomia. Può manifestarsi con la perdita di succo gastrico o essere secondaria ad allergica, ad esempio ai saponi o alle creme utilizzate.

Cosa fare: pulire accuratamente la cute attorno la stomia con acqua tiepida, applicare una medicazione, da sostituire ogniqualvolta si presenti umida. Utile può risultare l'applicazione di pomate o paste che creino una barriera protettiva sulla superficie cutanea o cambiare il tipo di detergente usato (può essere utile l'uso dei prodotti a rotazione). Potrebbe rendersi necessaria la sostituzione della sonda.

Ostruzione della sonda. L'insufficiente pulizia può provocare nel tempo la formazione di coaguli organici sulla parete della sonda. Anche un eventuale reflusso di succo gastrico che venga a contatto con le sostanze alimentari può determinare la formazione di coaguli ostruenti.

Cosa fare: in questi casi spremere delicatamente il tubo tra l'indice e pollice e poi effettuare un lavaggio con acqua tiepida e bicarbonato di sodio. Se le incrostazioni sono particolarmente tenaci, provare ad utilizzare 30 ml di Coca Cola o acqua gassata o acqua e bicarbonato. Se non si riesce a disostruire la sonda, avvisare il me-

dico o il servizio che ha applicato la PEG.

Rimozione accidentale della PEG. I pazienti in stato confusionale possono accidentalmente strapparsi il tubo.


Cosa fare: nel caso di una completa rimozione, coprire la fistola con una garza, mantenere il paziente a digiuno, avvisare il medico. Se il riposizionamento della PEG non può avvenire in tempi brevi recarsi al più vicino Pronto Soccorso e far applicare un catetere tipo Foley che mantenga pervio il tratto fistoloso facilitando così le manovre di reinserimento di una nuova PEG.

Complicanze generali più frequenti

Nausea e vomito. Si presentano nel 10-20% dei casi.

Cosa fare: in caso di nausea non forzare l'alimentazione ma sospenderla momentaneamente; se questa persiste ridurre la quantità del preparato da somministrare ed aumentare la frequenza dei pasti. Se compare vomito interrompere l'alimentazione e riprenderla gradualmente (25-30 cc/ora) dopo un'ora. Qualora il vomito persista avvisare il medico.

Diarrea. È la complicanza più frequente. La diarrea riduce l'assorbimento favorendo la malnutrizione, la facilità a contrarre infezioni, il rischio di sviluppare lesioni da decubito, la perdita di elettroliti e liquidi con conseguente disidratazione.

Cosa fare: può essere causata da intolleranza al lattosio contenuto nei preparati (usare preparazioni prive di tale sostanza), dalla contaminazione degli alimenti (rispettare la corretta igiene nella preparazione e conservazione degli alimenti), dall'elevata osmolarità delle miscele nutritive (usare preparazioni iso-osmotiche), dalla velocità di somministrazione troppo elevata (controllare la velocità), dalla temperatura fredda della miscela (portarla a temperatura ambiente prima dell'uso). La persistenza di diarrea per più di 1-2 giorni necessita una valutazione clinica da parte del medico. 

(Si ringrazia la S.C.di Gastroenterologia dell'Azienda Ospedaliera di Perugia per la collaborazione e in particolare il CPSE Dott. Alessandro Lazzerini e il Dott.Danilo Castellani. Mariano Capitini e-mail: martano.capitini@tele2.it. La seguente pubblicazione non è stata inoltrata presso altre riviste).

SITOGRAFIA E BIBLIOGRAFIA

- http://it.wikipedia.org/wiki/Gastrostomia_endoscopica_percutanea.
- <http://web.tiscalinet.it/Endoscopia/Peg.htm>.
- [http://www.nursepedia.net/index.php?title=Gastrostomia_endoscopica_percutanea_\(PEG\)](http://www.nursepedia.net/index.php?title=Gastrostomia_endoscopica_percutanea_(PEG)).
- http://www.anote.org/AttiPerugia2000/s4_ruolo.html.
- <http://www.ivalsantoro.net/2007/04/10/assistenza-al-paziente-con-gastrostomia-endoscopica-percutanea-peg/>.

Strumenti di Medicina Pratica – Assistenza e trattamento del paziente chirurgico – M.H. Meeker J.C. Rothrock – Editore UTET.

IL DOLORE POSTOPERATORIO

PIANO ASSISTENZIALE INFERMIERISTICO

ABSTRACT

Nella percezione collettiva è manifesto l'assioma che "tutti i pazienti sottoposti ad un intervento chirurgico soffrono dolore nel postoperatorio".

Nella pratica quotidiana, il predetto assioma è relegato nel dimenticatoio; il dolore rimane nascosto: non è misurato come qualsiasi altro parametro vitale, mentre dovrebbe essere considerato il V° parametro, come enuncia anche la Procedura della terapia antalgica del progetto "Ospedale senza dolore". La soluzione a questa sofferenza inutile del paziente risiede nell'attuare tutte le misure necessarie al controllo efficace del dolore, come sostenuto anche nel "Codice Deontologico dell'infermiere" del 2009: "L'infermiere si attiva per prevenire, e contrastare il dolore, ed alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari". Art.34, Cap. IV. L'infermiere ha sia il compito di misurare il dolore, che quello di controllare l'efficacia della terapia, nonché quello di contrastarne e prevenirne gli effetti secondari; anche mediante l'elaborazione ed adozione di piani assistenziali specifici. Il piano assistenziale infermieristico, infatti, è un efficace strumento per identificare e soddisfare i bisogni della persona assistita, che in questo caso soffre dolore postoperatorio.

Introduzione

"*Il dolore è una sgradevole esperienza sensoriale ed emozionale, associata ad un danno tissutale attuale o potenziale, o descritto come tale*" (definizione IASP, 1972).

Il dolore acuto è sofferto da oltre il 40% dei pazienti ricoverati in Ospedale; nei reparti chirurgici, oltre il 70% dei ricoverati soffre dolore postoperatorio.

L'atteggiamento del personale sanitario risulta essere assolutamente negativo in merito al sollievo del paziente dalle sofferenze.

Il dolore viene tenuto nascosto; non viene, infatti, misurato

e documentato allo stesso modo della temperatura, della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca, della frequenza respiratoria. Negli ultimi anni però stiamo assistendo ad un cambiamento nella mentalità di molti operatori; oggi infatti si ritiene il dolore, oltre che inutile e dannoso per la salute del paziente, una condizione inaccettabile dal punto di vista etico.

È infatti documentato, nella letteratura scientifica, che il dolore postoperatorio inneschi numerosi processi neurovegetativi e neuroendocrini responsabili di complicanze che rallentano la guarigione del paziente e prolungano i tempi di degenza.

In Italia l'interesse verso il dolore ha portato, il 24 maggio 2001, alla sottoscrizione di linee guida per l'attuazione del progetto "Ospedale senza dolore" da parte del Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome. Mediante la creazione di questo documento si tenta di:

- "diffondere la filosofia della lotta alla sofferenza";
- promuovere un "radicale cambiamento delle attitudini ed atteggiamenti del personale sanitario";
- promuovere la cultura relativa alla "rilevazione del dolore al pari degli altri segni vitali e di documentarlo".

Tale progetto dovrebbe svolgersi in varie fasi:

Prima fase preliminare: nella quale ci dovrebbe essere l'istituzione di un Comitato apposito, l'elaborazione e l'adozione di linee guida e la predisposizione di uno strumento di rilevazione del dolore da inserire nella cartella clinica.

Seconda fase formativa: previa analisi delle conoscenze degli operatori coinvolti, si programmano dei corsi di formazione del personale anche a cadenza periodica.

Terza fase informativa: in cui avviene la presentazione del progetto, anche mediante opuscoli informativi destinati al pubblico.

Anche l'Azienda Ospedaliera S.Maria di Terni ha aderito a tale iniziativa attuando il proprio progetto "Verso un Ospedale senza dolore" mediante la deliberazione del Direttore generale n. 209 dell'11.3.2004.

Ulteriori linee guida a livello nazionale risalgono all'ottobre del 2002, elaborate da parte della SIAARTI: le "Raccomandazioni per il trattamento del dolore postoperatorio", in cui si consigliano i limiti entro i quali il dolore dovrebbe essere tenuto sotto controllo, inoltre si raccomandano:

- formazione continua per modificare abitudini di trattamenti ormai superati e inefficaci;
- rilevazione sistematica dell'entità del dolore;
- individuazione di un medico anestesista responsabile della elaborazione di protocolli antalgici standard, e che

si occupi anche del controllo di qualità dei trattamenti e del loro continuo aggiornamento;

- tutti i maggiori ospedali dovrebbero istituire un servizio del dolore acuto che utilizzi un approccio multidisciplinare con la collaborazione di chirurghi, infermieri ed anche altri specialisti.

Nonostante queste numerose iniziative, in parte attuate ma ancora con scarsa aderenza ed interesse, e nonostante i progressi nello studio e nel trattamento del dolore, esso risulta ancora sottovalutato e sottostimato nella pratica medica.

Di conseguenza, la presenza del dolore negli ospedali è ancora molto elevata, molto di più di quanto non ci si possa aspettare: l'OMS ha infatti rilevato che l'Italia è agli ultimi posti al mondo nell'utilizzo di morfina, e all'ultimo rispetto agli altri paesi europei, con un consumo di 2,85 mg all'anno su una popolazione di 57.816.000 abitanti (circa una fiala ogni 5 persone).

Questo dato risulta molto indicativo della sfavorevole situazione in Italia, se si tiene in considerazione il fatto che lo stesso OMS ha dichiarato che il consumo pro capite di morfina è un indicatore primario della qualità assistenziale.

La somministrazione dei farmaci antidolorifici poi, in Italia, avviene: nell'8,2% dei casi, nel momento del bisogno o su richiesta del paziente, mentre nel 30,3% entro 30 minuti dalla richiesta. Inoltre, tenendo presente un dato emerso da indagini effettuate, risulta che nel no-

stro paese solo il 10% delle strutture sanitarie dispone di servizi organizzati per la gestione del dolore, mentre il 16% ne è completamente sprovvisto.

Il dolore postoperatorio (DPO) è fra i più caratteristici dolori acuti sebbene, nel caso non sia adeguatamente trattato, possa assumere le caratteristiche di un dolore cronico. Si contraddistingue per il fatto che è un dolore acuto programmato, *prevedibile* e quindi anche *prevenibile*, e *limitato nel tempo*. Normalmente si manifesta al momento del risveglio dall'anestesia e dura per alcune ore o giorni (tre o cinque), in base al tipo e alla sede anatomica dell'intervento chirurgico.

Dai diversi studi effettuati risulta che i pazienti definiscono l'esperienza postoperatoria molto dolorosa con una percentuale tra il 40 ed il 60%, e con un'intensità molto vicina al dolore massimo immaginabile nel 60% dei casi. Dati preoccupanti, se si pensa che solitamente la terapia antidolorifica viene dosata in modo inadeguato e che la somministrazione nella maggior parte dei casi viene fatta "al bisogno".

Il peso della sofferenza varia da paziente a paziente, e nello stesso individuo, nei diversi momenti della giornata. Tale variabilità è dovuta a vari fattori determinanti come:

- variabili individuali e di sensibilità al dolore;
- tipo e severità della patologia preesistente;
- tipo di intervento subito (sede dell'intervento, durata, entità del trauma operatorio agli

organi interni, tipo di anestesia praticata);

- stato psico-fisiologico del paziente (ansia, depressione).

Molto importante è l'esperienza passata del dolore percepito dal paziente: tanto più è stato intenso, tanto più il paziente sarà preoccupato alla prospettiva di provarlo nuovamente. Preoccupazione, questa, spesso molto più forte delle complicanze stesse dell'intervento.

Per semplificare l'approccio al dolore acuto postoperatorio si può classificarlo in tre gradi di intensità:

- dolore lieve;
- dolore moderato;
- dolore severo.

Tale classificazione permette di individuare i casi più a rischio di complicanze in base alla giornata post-intervento in cui si trova il paziente.

È scientificamente dimostrato, inoltre, che un dolore trattato inadeguatamente provoca effetti dannosi sullo stato di salute del paziente, ha infatti effetti su vari apparati e sistemi, come quello respiratorio, gastrointestinale, cardiocircolatorio, coagulativo, endocrino, immunologico, sull'equilibrio idro-elettrolitico, e genitourinario.

L'attività dell'infermiere deve farsi più attenta e specifica, prevedendo l'elaborazione di un *Piano Assistenziale* per il controllo del dolore postoperatorio al reparto di degenza (per il ricovero programmato), che eventualmente potrà essere revisionato ed adattato in base agli specifici bisogni del paziente, per

EVENTI FORMATIVI

COLLEGIO DI PERUGIA

Il Collegio IP.AS.VI. di Perugia ha concesso il patrocinio a due eventi formativi, data la loro rilevanza sui temi della salute e per la professione. Gli eventi patrocinati dal Collegio sono: "**Gli Infermieri s'interrogano sulle cure di fine vita. Esperienze, riflessioni, confronti**", organizzato da Associazione Nazionale degli Infermieri di Area Critica A.N.I.A.R.T.I. Umbria per il 14 maggio 2010 presso la Domus Pacis di Assisi. Per informazioni: www.aniarti.it.

III° Congresso Nazionale Associazione Italiana Infermieri di Sala Gessi (A.I.I.S.G.) "**Best Practise in Sala Gessi**" Centro Congressi, Perugia 21-22 maggio 2010 Per informazioni: G.E.C.O. Tel. 050.2201353 www.gecoeventi.it ●

garantirne una assistenza personalizzata.

La pianificazione dell'assistenza è fondamentale per ottimizzare gli interventi dell'infermiere, di estrema rilevanza, in quanto professionista a maggior contatto con la sofferenza del malato.

Il piano assistenziale per il controllo del dolore postoperatorio, ha come obiettivo primario quello di assicurare al paziente il soddisfacimento dei propri bisogni quali:

- **sicurezza**; ovvero un ambiente il più accogliente e familiare possibile;

- **informazione** sul dolore postoperatorio e le modalità di cura;

- **solievo dalla sofferenza** attraverso interventi terapeutici ed assistenziali mirati.

L'attività assistenziale infermieristica al paziente con dolore postoperatorio comincia già al momento del ricovero, e dura per tutto il periodo di degenza fino alla dimissione, verificando l'efficacia di ciascun intervento al termine dello stesso.

Fase preoperatoria: periodo che va dal ricovero al reparto chirurgico, fino al trasferimento nel teatro operatorio. È una fase molto importante per garantire l'efficacia degli interventi nel postoperatorio, e consiste in attività specifiche:

- accogliere il malato ed i familiari al reparto;
- informare il malato ed i familiari sulle modalità per il controllo del dolore postoperatorio sia attraverso il colloquio diretto che fornendo materiale informativo, come un opuscolo appositamente elaborato che il paziente potrà consultare a proprio piacimento. Attraverso il colloquio e la consegna dell'opuscolo il paziente sarà informato sul dolore postoperatorio, il tipo di scala che si utilizzerà per la misurazione del dolore: una scala numerica verbale che va da 0-assenza di dolore, 1-dolore lieve, 2-dolore sopportabile, 3-dolore forte a 4-dolore insopportabile. Inoltre, il paziente sarà informato sulla terapia analgesica che prevede:

- oppioidi maggiori come la morfina, in caso di dolore forte;
- oppioidi minori come il tramadolo, in caso di dolore moderato;
- fans, o paracetamolo in caso di dolore lieve.

Comunque, nella maggior parte dei casi, l'approccio terapeutico sarà multimodale, associando: oppioidi, paracetamolo, ed anestetico locale.

Si informerà inoltre, sulla modalità di somministrazione della terapia, che sarà preferibilmente endovenosa ad infusione continua o ad orario fisso.

L'infusione endovenosa si attuerà anche, attraverso l'impiego di presidi come: la pompa elastomerica ad infusione automatica e la PCA (analgesia controllata dal paziente), che consentirà una infusione autogestita, mediante l'attivazione di una apposita leva che il paziente potrà premere per autosomministrarsi una dose di antidolorifico.

Inoltre, si spiegherà al paziente che; se nonostante la terapia in atto, egli avvertirà ancora dolore, l'infermiere somministrerà una dose aggiuntiva di antidolorifico detta "dose salvataggio" come da prescrizione.

Insegnare al paziente le tecniche di distrazione e rilassamento, come l'immaginazione, la distrazione, la recitazione ottimistica od il dedicarsi ad attività piacevoli.

Insegnare eventuali esercizi per la respirazione profonda, la tosse efficace, e movimenti attivi per gli arti, in base al tipo di intervento programmato,

spiegandone l'importanza per il precoce recupero.

Rassicurare costantemente il paziente ed i familiari, anche per favorire l'instaurarsi di una efficace relazione d'aiuto terapeutica.

Nella **fase postoperatoria**, dopo l'intervento ed il rientro al reparto dalla sala operatoria, l'infermiere attuerà gli interventi assistenziali mirati al sollievo della sofferenza come:

- provvedere al regolare e frequente monitoraggio del dolore, mediante la scala stabilita dal protocollo aziendale, e registrandone l'intensità nella cartella clinica. Il monitoraggio nelle prime 12-24 ore post-intervento sarà più frequente (ogni 15-30 minuti circa) per poi diminuire gradualmente col miglioramento del sintomo (almeno una o due volte al giorno);
- somministrare e verificare l'efficacia della terapia analgesica sia continua che ad orario fisso, sia dell'eventuale "dose salvataggio" prestabilita nella terapia;

Attuare la prevenzione e la gestione degli effetti collaterali della terapia analgesica come ad esempio di quella con oppioidi, mediante interventi farmacologici prestabiliti dalla procedura aziendale, ed interventi assistenziali mirati:

- in caso di **depressione respiratoria** con frequenza <8 atti respiratori al minuto, contattare immediatamente il medico anestesista rianimatore, somministrare l'antagonista ad es. naloxone. Preparare tutto l'occorrente per

un'eventuale RCP rianimazione cardio polmonare (materiale per l'intubazione, farmaci d'emergenza, defibrillatore);

- in caso di **prurito** somministrare su prescrizione l'antagonista degli oppiacei ad es. naloxone;
 - in caso di **nausea e vomito** somministrare su prescrizione metoclopramide;
 - in caso di **grado di sedazione 3**, contattare il medico anestesista rianimatore di guardia;
 - aiutare il paziente nel soddisfacimento dei bisogni fondamentali e nello svolgimento delle attività di vita quotidiana, come: mangiare, lavarsi e vestirsi soprattutto quando il dolore forte lo rende difficoltoso;
 - aiutare ed incoraggiare il malato nel recupero globale dall'intervento chirurgico, favorendone la precoce mobilitazione, anche attraverso la collaborazione di altri professionisti quali i fisioterapisti;
 - assicurare massimo sostegno psicologico ed emotivo al malato nella sua sofferenza, per prevenire e limitarne l'ansia, aiutandolo ad attuare le tecniche di rilassamento e distrazione.
- Il problema del dolore postoperatorio è una questione ancora aperta: ci sono moltissime iniziative, linee guida, e raccomandazioni su come e cosa fare per curare questo spiacevole effetto della chirurgia, ma sono ancora scarsamente seguite e pienamente acquisite nell'ambiente sanitario.

Il contributo dell'infermiere può e deve essere risolutivo per sollevare il paziente dalla sofferenza. È il professionista più vicino a coloro che soffrono e possiede le conoscenze e competenze sia tecniche che comunicative e di relazione utili all'assistito per affrontare un momento così difficile e delicato nella propria malattia.

L'utilizzo delle schede, per misurare e registrare l'intensità del dolore, deve entrare a far parte della normale pratica del personale infermieristico e medico, nonché diventare parte integrante della documentazione clinica, e della cartella infermieristica.

I problemi organizzativi e tecnici legati alla gestione della terapia antalgica quali dosaggi, tecniche, ed interventi per controllare gli effetti avversi devono essere pianificati e condivisi da personale medico ed infermieristico coinvolto, per fornire un'assistenza adeguata e continua in tutte le fasi della degenza del paziente.

L'infermiere, per ottimizzare la sua attività assistenziale, deve attivarsi mediante l'elaborazione di piani assistenziali specifici per pazienti con dolore postoperatorio, e mediante la misurazione sistematica del dolore.

Il piano assistenziale deve essere una guida: ogni paziente è diverso dall'altro e la sua assistenza deve essere personalizzata tenendo conto delle variabili individuali della persona, come tipo e sede dell'intervento chirurgico, nonché delle capacità di ciascuno di affrontare una condizione di disagio e



BERTINELLI SILVIA

Cell. 347.0160516
Via P.zo Barbi
Gubbio (Pg)

da: ASL n. 2
a: ASL n. 1 Gubbio
ALS n. 6 Fabriano

DAL MASCHIO FRANCESCA

Tel. 0910304916
Cell. 340.4084389
kikka56@libero.it
Via F. Laurana
Palermo

da: ASL n. 6
Distretto10 ADI -
Palermo
a: Azienda Perugia Terni
Assistenza Sanitaria

ANTONIO GRAZIA

Cell. 328.8337701
antoniograzia@libero.it
C.so Semonte 69/L
Gubbio (Pg)

da: ASL n. 3 Foligno
a: ASL n. 1 Gubbio ●

debolezza psicofisica. L'assistenza tecnica deve essere costantemente integrata ed attuata contemporaneamente a quella umana e psicologica: dando voce al paziente e alla sua sofferenza, ascoltandolo e rispondendo adeguatamente.

Con questa nuova consapevolezza si potrà fornire una cura complessiva alla persona non soltanto alla sua malattia. ➔

(Il lavoro della collega Sara Libori, si completa di un opuscolo informativo che per ragioni di spazio, non riusciamo ad inserire in questo numero. Ci ripromettiamo d'inserirlo con il giusto risalto, nel prossimo. Ce ne scusiamo con l'autrice e con i lettori).

SITOGRAFIA E BIBLIOGRAFIA

DAVID LAZZARI, "Mente e Salute, evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione" Franco Angeli, Roma 2008; pagg. 262-266, 275-279.

MASSIMO ALLEGRI, GIUSEPPE MENTEGARI, *Il dolore postoperatorio e l'infermiere: come riconoscerlo e gestirlo*, Mediprint, Milano.

PAOLO C. MOTTA, *Processo di assistenza infermieristica e dolore*, Università "Vita Salute" San Raffaele, Milano <http://www.nursing.it/wri/doc/a006.rtf>.

F. PAOLETTI, A.F. SABATO, A. BOANELLI, G. SERAFINI, *Il dolore postoperatorio, fisiopatologia e protocolli terapeutici*, Università degli Studi di Perugia, Ist. Anestesiologia, Rianimazione e Terapia del Dolore; <http://www.progettosalute.com/pub/postop.htm>.

F. PIGAIAANI, L. SCHIAVON, P. SECCHIERO, M. TARDIVELLO, M. GIACOBBE, S. TARTARI, *Organizzazione di un servizio di terapia del dolore acuto postoperatorio*, Congresso Nazionale Anarti, Genova, 17 Novembre 2000; <http://www.anarti.it/documentazione/intervento>.

DARIA DA COL, *Funzioni e responsabilità infermieristiche, il dolore nella quotidianità assistenziale*, Congresso Nazionale ANIARTI, 16 Novembre 2000; <http://aniarti.it/documentazione/intervento>.

G. SAVOIA, F. AMBROSIO, F. PAOLETTI, L. BESTINI, C. MATTIA, B. AMANTEA, L. BRANCA, A. DE NICOLA, F. NICOSIA, M. NOLLI, R. PAGONI, A. PAOLICCHI, L. ROSIGNOLI, A. SANSONE, E. SANTANGELO, R. TUFANO, G. VARRASSI, S. VENUTI, *SIAARTI recommendations for the treatment of postoperative pain-Raccomandazioni della SIAARTI per il trattamento del dolore postoperatorio*, Min Anestesiol 2002; 68: 735-50.

IL BUON GIORNO SI VEDE DAL MATTINO

RISVEGLI

Da questo numero, apriamo uno spazio per accogliere i contributi dei colleghi su temi anche diversi dal nostro specifico professionale, ciò allo scopo di valorizzare competenze di vario genere che possono contribuire a conferire alla nostra professione una trasversalità culturale accogliente i diversi mondi del sapere e i diversi modi di esprimere conoscenza. In questo spazio accoglieremo anche riflessioni su tematiche sociali e di costume per favorire la riflessione dei lettori circa i nuovi e diversi orientamenti del vivere collettivo, per contrastare i pregiudizi e per aprire le nostre prospettive nel senso del mandato morale cui gli infermieri italiani si sono impegnati con il loro codice deontologico e più concretamente con la loro quotidiana operatività.

Introduzione

Il più delle volte, certi momenti della nostra giornata, passano consueti ed abitudinari che ne trascuriamo l'importanza, il perché della loro esistenza, non badiamo a come sarebbe diverso lo scorrere delle ore e del tempo in relazione al succedersi degli eventi.

Caposaldo della giornata: il risveglio, questo svegliarsi da un sonno, il riscuotersi da uno stato di torpore, di pigrizia, di abbandono, frenetico o placido che sia, influente e di certo non poco rilevante per il nostro stare bene.

È proprio il caso di dire: "il buon giorno si vede dal mattino"...

L'universo tutto, è inevitabilmente condizionato dal risveglio, sorge il sole e il mondo si risveglia, nelle sue varietà di espressione e significato.

Lettori e lettrici più sognanti e fantasiosi, avete mai pen-



sato di destarvi nelle vesti di una Cleopatra o di un Giulio Cesare, di un Brad Pitt o di una Bella di Twilight che aspetta il bacio del suo vampiro Eduard che arriva con una buona e calda tazza di caffè...? Oppure in un leone per una giornata all'in-

segna di successo e determinazione. Se ci si vuole estrarre e vivere in un segreto affascinante e favoloso, si potrebbe pensare di svegliarsi nel microcosmo, fra il popolo dell'erba, in quel meraviglioso mondo che da sempre spaventa e affascina al tempo stesso: una indomesticabile coccinella che apre gli occhi e si stiracchia tra bruchi, farfalle, cavallette, grilli e libellule.

Per i lettori più curiosi e fatalisti, non possiamo non citare il Risveglio Quantico, questo salto dimensionale al quale è destinata la terra. È un processo iniziato da molto tempo, "L'Era dell'acquario" che stiamo vivendo, rappresenta l'ingresso alla quarta dimensione.

Stiamo andando incontro verso una nuova Era, nuove energie, nuove vibrazioni dinamico- astrali. Come affermano i Maya, il ciclo cosmico si sta concludendo, un nuovo giorno sta

per sorgere, esserci o no, dipende da noi. Stando alle decine di teorie sul 21.12.2012, sembrerebbe proprio che l'uomo, come anche il nostro pianeta, sia giunto ad un punto cruciale della sua esistenza. Avverrà un cambiamento rapido che si estenderà a tutta la superficie terrestre propagandosi come un'onda. Secondo i sostenitori di questa teoria, chi si troverà pronto all'"Ascensione" subirà una metamorfosi spirituale e si innalzerà a conoscenze superiori.

Siete pronti?

Le supposizioni invece, per chi verrà colto impreparato, sono diverse, l'ascensione verrà comunque, ma sarà più "dolorosa", alcuni verranno lasciati nella vecchia dimensione in un mondo sconvolto da cataclismi! La terra intera muterà il suo aspetto fisico, astrale e dinamico... siete pronti?

Che i lettori più scientifici ed affezionati al Pub Med, non si offendano e non rabbriviscano se preferisco dare un tocco colorato a queste righe, nulla togliere pertanto alle inoppugnabili evidenze scientifiche.

Non trascurerò pertanto un altro risveglio, quello che noi associamo nella totalità del suo significato al coma, alla rinascita, al rinnovamento.

Risvegliarsi dopo aver perso completamente coscienza, sensibilità e capacità di movimento è un evento, indiscutibilmente un evento straordinario, purtroppo non sempre le aspettative di un risveglio dal coma sono incolumi da danni; sappiamo benissimo cosa significa ritrovarsi in uno stato vegetati-

vo, tenendo gli occhi aperti, vedere la luce e non poter godere dei suoi effetti, essendo inconsapevole di sé e di tutto l'ambiente circostante, avere il desiderio di parlare, non poter esprimersi con le parole, non farsi sentire, non poter comunicare un sentimento e non riuscire più a ridere.

Anche nel coma reversibile uscire indenne da tale condizione è una grossa conquista, pertanto non è corretto parlare di risveglio come un immediato ripristino della coscienza; l'evoluzione naturale di un danno cerebrale implica un tortuoso e sfumato percorso.

È necessario ridimensionare la leggenda metropolitana del paziente in coma da anni che, grazie all'inarrendevolezza di una voce cara e carezze, si sveglia e si alza come un "Lazzaro" o "Una bella addormentata nel bosco": un salto in Paradiso e poi torno...!

Curiosità: in USA un ragazzo entrato in coma nel luglio 1984, in seguito ad un incidente stradale all'età di 20 anni, si è risvegliato nel giugno di 19 anni dopo, e improvvisamente si è messo in contatto con la realtà ricominciando a parlare... ma è completamente paralizzato.

Dal coma alla morte ...dal coma alla vita!?

Anche molti artisti si sono ispirati ai risvegli per la creazione delle loro opere. Voglio nominare la scrittrice Margherita Oggero nel romanzo "Risveglio a Parigi": tre amiche partono per Parigi mettendo nel trolley un carico di aspirazioni, ansie, rimpianti e desideri, con la speranza di risvegliarsi nella

ville lumière e nelle sue folies e trovare inaspettate e piacevoli sorprese, per risolvere il proprio affanno esistenziale con ironia e passione.

Franco Battiato ha ispirato il testo della sua canzone "Risvegli di Primavera".

Frank Wedeking, autore di teatro e cabaret, realizzò il suo primo dramma teatrale "Risveglio di primavera", che pone l'accento sulla scoperta, da parte degli adolescenti, del mondo ipocrita degli adulti. Il risveglio sta a simboleggiare l'affacciarsi sul mondo delle nuove generazioni che vengono però schiacciate e soffocate dall'ottusità di una cultura dominante, imposta e non spiegata.

Non possiamo dimenticare il film "Risvegli" del 1990 con Robert De Niro e Robin Williams in cui si racconta la storia di un medico che nel 1969 scopre l'effetto di un nuovo farmaco L-Dopa, già usato per il morbo di Parkinson. Egli somministra questa "medicina" ad un paziente affetto da catatonìa; questo stato rappresenta l'evoluzione finale dei danni cerebrali provocati decenni prima dall'encefalite letargica, complicanza dell'influenza "Spagnola". Tutti i pazienti con L-Dopa vengono risvegliati dopo aver vissuto per decenni in stato catatonico e si ritrovano a vivere una vita del tutto diversa della precedente; col passare del tempo, il medico capisce di non poterli fermare dal ritornare di nuovo nello stato "dormiente"!

Ora, arrivati ormai al termine di queste righe, vi consiglio una mezz'oretta di "risveglio muscolare"!



OLTRE IL LAVORO

Il Collegio IP.AS.VI. di Perugia, ha intrapreso già dagli anni scorsi, un'iniziativa volta ad avvicinare i propri iscritti ad eventi culturali di vario genere, musicali, teatrali e cinematografici, stipulando alcune convenzioni già per la stagione 2010 con il Teatro Morlacchi per la stagione di prosa, con il Teatro Lyrick per gli spettacoli in abbonamento, con la Fondazione Perugia Musica Classica per la stagione degli "Amici della Musica", con il Teatro Politeama Clarici di Foligno, con il Cinema "Warner Village Cinemas" di Corciano (Pg).

Tutte le riduzioni sul prezzo dei biglietti sono ottenibili esibendo semplicemente il Tesserino d'iscrizione al Collegio IP.AS.VI. di Perugia al momento dell'acquisto o dichiarandone il possesso in fase di prenotazione; ogni iscritto può acquistare, oltre al proprio biglietto ridotto, un secondo biglietto (sempre a prezzo ridotto) per un eventuale accompagnatore, ad eccezione della Warner che offre la riduzione al solo iscritto al Collegio.



CORCIANO **Warner Village Cinemas**

Convenzione non valida nei giorni festivi e prefestivi.

Informazioni:
Tel. 075.517411
www.warnervillage.it



PERUGIA **Teatro Stabile dell'Umbria Morlacchi**

Presentando al botteghino il tesserino personale IP.AS.VI si avrà diritto all'acquisto di due biglietti con agevolazioni.

Informazioni:
Tel. 075.57542222
www.teatrostabile.umbria.it



FOLIGNO **Teatro Politeama Clarici Stagione Teatrale**

Presentando al botteghino il Tesserino IP.AS.VI. si avrà diritto all'acquisto di due biglietti con le seguenti facilitazioni: Poltrona I° ordine € 16,00 (anziché € 19,00)

Poltrona II° ordine € 13,00 (anziché € 15,00).

Informazioni:
Tel. 0742.352232 - 344563



ASSISI **Teatro Lyrick**

Abbonamento: gli iscritti al collegio IP.AS.VI di Perugia otterranno una riduzione del prezzo del biglietto in tutti i settori. **Biglietti singoli:** verrà applicato a tutti il prezzo ridotto nei vari settori (ogni iscritto potrà acquistare un massimo di 2 biglietti ridotti).

Informazioni:
Numero Verde: 800907080
Tel. 075-8044358-9
[www.teatrolyrick.it / com](http://www.teatrolyrick.it/com)



PERUGIA **Fondazione Perugia Musica Classica Amici della musica**

Riduzioni concordate sui prezzi dei biglietti.

Informazioni:
Tel. 075-5722271
Fax 075-5725264
www.perugiamusicaclassica.com

2 **CON**
CORSO
REGIO
NALE
2009

**Concorso regionale per l'attribuzione di n. 1 Borsa di Studio
di € 1.500,00 per la ricerca infermieristica.**

TEMA DEL CONCORSO

“ **LA RICERCA**
INFERMIERISTICA
UNO STRUMENTO
PER IL CAMBIAMENTO
DELLA PRATICA COMUNE **”**

Per informazioni www.ipasviperugia.it

www.ipasviperugia.it
www.ipasviterni.com