



# 3/11

SETTEMBRE 2011 ANNO XVI N. 3/11

## il filo diretto tra gli infermieri

Periodico di informazione del Collegio Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia della Provincia di Udine. Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale, D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma, 2 DCB Udine Periodico quadrimestrale - Registrazione Tribunale di Udine n. 12 del 01/08/95

editoriale

### Friuli Venezia-Giulia: la dissipazione di una sanità d'eccellenza?

Di recente sono apparsi sulla stampa articoli contraddittori, nei loro contenuti, alcuni affermavano che gli infermieri mancano, perché l'università non riesce a formarne a sufficienza per coprirne il fabbisogno, altri interventi e soprattutto i dati di bilancio regionale sembrano sostenere che gli infermieri non manchino affatto. Nella regione FVG mancano qualcosa come 800 infermieri per garantire un'assistenza decente, questi sono dati emersi da fonti consultabili e ufficiali, patrimonio ormai noto, a tutti i nostri politici e non solo. Gli organici ormai sono ridotti all'osso, basti vedere istituti contrattuali non goduti e l'accumulo di ore straordinarie. Purtroppo in tutto questo disagio, gli infermieri sono consapevoli che quella che forniscono non è buona assistenza: assistenza sarebbe altro rispetto a quello che devono tutti i giorni rabberciare nelle nostre corsie per tappare buchi da tutte le parti e consentire alle strutture di funzionare.

Provino a pensare amministratori, tecnici, medici, politici ed anche cittadini - che finalmente, e sarebbe sempre ora - comincino a rendersi conto che solo gli infermieri e chi fa assistenza non si ferma mai e garantisce una parvenza di normalità di vita alle persone e la funzionalità effettiva delle strutture sia ospedaliere che territoriali. Strutture sanitarie in cui oggi e da sempre si assistono persone con problemi di salute per le quali non si può non avere il tempo di progettare un percorso meditato di assistenza - pena il dover raffazzonare interventi che si susseguono ossessivamente e rischiano di essere disorganici o illogici quando non pericolosi.

Facile dire trionfalmente (!) che la nostra Regione ha un servizio sanitario sopra la media italiana, allora... possiamo permetterci di abbassare la nostra media? e tagliare sulla salute? Sforbiciare guarda caso sempre il settore dell'assistenza alle persone, in ospedale, sul territorio...

Non ci si prende minimamente cura di valutare la razionalità di un servizio sanitario cresciuto per decenni sull'improvvisazione e sulle richieste/pretese dei più forti e dei più furbi a crearsi il proprio orticello (magari in doppioni assurdi), non certo su un'analisi epidemiologica ed uno studio di prospettiva con elementi demografici stranoti.

I ticket applicati in sanità sono oggi al centro di un vivace dibattito sul piano politico, quanto approssimativo sul piano degli obiettivi di politica sanitaria e soprattutto generano impatto economico - sociale considerevole. L'obiettivo che si pone la politica sono forse due; uno il finanziamento del Sistema Sanitario e uno come sistema di contenimento delle prestazioni o forse c'è ne anche un terzo sotteso? Perché invece non pensare all'appropriatezza di alcuni percorsi diagnostici-terapeutici già riconosciuti peraltro come metodica a livello nazionale, esistono già alcune regioni virtuose in questo, concetti di politica sanitaria che stanno alla base del miglioramento e il mantenimento della qualità dei sistemi sanitari lungimiranti e moderni. La demagogia attuale della politica finirà per non scontentare chi ha la possibilità di strillare e contare di più perché si trova alle leve del potere. L'istituzioni di applicare i ticket in sanità non porterà a niente sarà solo una progettualità mercantile. L'obiettivo del mercato, è scritto su tutti i libri di economia, è fare profitto, non il bene comune. Stiamo vedendo chiaramente dove ha portato il mondo la cieca fiducia nel mercato che dovrebbe autoregolarsi...il recupero di risorse deve essere fatto mettendo in campo altre progettualità, che prevedano una riorganizzazione di servizi sanitari alla persona, che mirino alla appropriatezza dei servizi. L'assistere veramente risponde ad altre logiche, oggi pericolosamente uscite dal buon senso comune diffuso. O siamo in grado di recuperarle o, gli infermieri per lo meno, vedono già un futuro a tinte fosche. La politica di questi tempi ne è la prima responsabile e sembra tragicamente favorire questa visione.

La Presidente Sabrina Spangaro



### SANITA': LA SITUAZIONE RAGIONATA

#### Prendersi cura: una lettura al femminile

Nella cultura e nelle consuetudini, il "prendersi cura" viene attribuito / viene assunto dalle donne.

Il tema, nel nostro caso, si solleva perché nella storia consolidata del servizio per la salute, si sono messi in atto ed affermati alcuni meccanismi molto particolari, che mettono in correlazione particolari fattori sociali:

1. il credito e l'assolutezza unanimemente attribuiti alla scienza, nella fase ultima, in cui ha conosciuto il suo massimo sviluppo ed una forte accelerazione delle conoscenze;
2. la concezione del trattamento terapeutico solo come applicazione delle conoscenze scientifiche ("evidenze") e delle possibilità offerte dalle tecnologie. Queste finiscono necessariamente per considerare la malattia come aggressione ad un "organo" come fosse inanimato e separato dalla persona. Mentre sappiamo che la malattia ha implicanze più complesse e che investono, ad esempio, la sfera emotiva e le relazioni interpersonali...
3. le relazioni di potere instauratesi fra coloro che erano/sono in possesso delle conoscenze scientifiche e coloro che ne erano esclusi. Approfittando di questo, anche nel campo della salute si sono radicalizzate alcune posizioni corporative;
4. le tipologie di rapporto non paritario fra maschi e femmine (trasferite nell'ambiente degli operatori sanitari) hanno acuito tutti i problemi precedentemente citati.

A fronte di tutto ciò, in una visione allargata, si constata che:

- a) il sistema sanitario nel suo insieme si è strutturato e conseguentemente è stato pensato con modalità che fanno riferimento a tipologie relazionali caratteristiche di organizzazioni maschili. Nel passato con maggiore evidenza - ma rimangono marcati segni ancora oggi - la struttura di un'istituzione sanitaria era molto rigida, l'organizzazione altrettanto, le relazioni interpersonali ed interprofessionali rispecchiavano le gerarchie di tipo militare;
- b) i bisogni reali delle persone che richiedono assistenza, sono stati piegati alle esigenze di struttura, di procedura e di gerarchia, di fatto venendo troppo spesso trascurati o posti in assoluto secondo piano;
- c) l'assistenza dovuta/assicurata alle persone ha invece, sempre rilevato i bisogni delle persone in situazione di malattia, ma in conseguenza della diseguità dei rapporti, ha anche sempre dovuto sottostare alla prevalenza di struttura, di gerarchia e di procedura; di fatto, è stata costretta a non fornire il servizio proprio, con la qualità voluta e che sarebbe stata necessaria.

(il testo segue a pagina 2)

#### PROPRIETARIO EDITORE

Collegio IPASVI di Udine

#### DIRETTORE RESPONSABILE

Spangaro Sabrina

#### COMITATO DI REDAZIONE

Bassan Fabia  
Croatto Fulvia  
Drigo Elio  
Iogna Prat Claudia  
Margarita Pamela  
Noacco Massimo  
Paroni Roberto  
Pascolo Marika  
Pistrino Raffaella  
Pordenon Marta  
Tellini Tiziana  
Tomasino Marco  
Trombini Omar  
Venier Lorena  
Spangaro Sabrina

#### REDAZIONE

COLLEGIO IPASVI di UDINE  
V.le Volontari della Libertà, 16  
33100 Udine  
tel. 0432/42469  
fax 0432/482157  
E-mail: ipasviudine@ipasviudine.it  
info@ipasviudine.it  
www.ipasviudine.it

#### Orario apertura segreteria:

LUN 15.00-17.00  
MER VEN 10.00-12.00

Sito della Federazione Nazionale Collegi IPASVI:

www.ipasvi.it

#### HANNO COLLABORATO A QUESTO NUMERO:

Caruzzo Davide  
Drigo Elio  
Guerra Laura  
Moreale Renzo  
Noacco Massimo  
Spangaro Sabrina  
Venier Lorena  
Zanini Antonietta

#### STAMPA:

Arti Grafiche Friulane/Imoco spa

#### in questo numero....

EDITORIALE DELLA PRESIDENTE **PAG. 1**

SANITA': LA SITUAZIONE RAGIONATA  
Prendersi cura: una lettura al femminile **PAG. 1**

BUONA PRATICA: educazione al caregiver nel paziente  
con frattura di femore **PAG. 2**

INFERMIERISTICA E CURE COMPLEMENTARI **PAG. 3**

ITALIANI IN RETE IN CERCA DI SALUTE:  
arriva la comunicazione di qualità sull'assistenza infermieristica **PAG. 4**

LA SORVEGLIANZA NEL PAZIENTE NEUROCHIRURGICO **PAG. 4**

LA SEGRETERIA INFORMA **PAG. 4**

SITI IN VETRINA: INFERMIERE E DIABETE **PAG. 4**

ATTENZIONE!  
ALL'INTERNO TROVERETE  
BOLLINO TESSERAMENTO 2011

E' evidente il contrasto fra una rigidità dell'istituzione/organizzazione e l'esigenza di flessibilità e di adattamento che esprime la persona, emblema dell'unicità, dell'evoluzione, della sensibilità.

Chi assiste, se intende fornire assistenza e non offrire solo prestazioni standard preconfezionate, è ovvio che deve rispondere ad esigenze reali, spesso imprevedibili, ed è ovvio che deve trovare adattamenti alla diversità ed all'evoluzione del soggetto a cui si riferisce.

L'assistenza per sua natura fa riferimento alla situazione di dipendenza delle persone, con lo scopo di condurre l'assistito all'autonomia. A questa funzione è sempre stata maggiormente attenta la figura femminile, sia per la assolutamente peculiare esperienza della maternità (espressione fisica di dipendenza e relazione), e sia per delega scontata di una società troppo attenta ad altri aspetti: gli interessi economici, i conflitti di varia natura, le ambizioni personali e collettive,... ecc.

Nel nostro mondo opulento è chiaro ormai che la delega dell'assistenza alla porzione "femminile", non regge sul piano culturale, non sarebbe appropriata.

In un'epoca di uguaglianza di diritti e doveri, una delega di funzioni ed attività a livelli di complessità e di coinvolgimento personale anche estremi, è un palese rifiuto di responsabilità e diventa colpevolezza.

Tradurre il "prendersi cura" dentro al contesto sanitario, significa farsi carico dell'assistenza a persone sempre più dipendenti, con problemi sempre più vasti, con esigenza di risorse in costante incremento.

E' anche sempre più evidente (demografia e epidemiologia) come il "prendersi cura" stia diventando la nuova cifra della convivenza (almeno quella che intende considerarsi civile...) e che il "prendersi cura" nel senso di operare con meticolosità su ogni ambito dei bisogni è l'unica modalità adeguata per affrontare, e sperare di trovare soluzioni, a problemi sempre più complessi.

Nuove riflessioni andranno fatte e nuove decisioni dovranno essere prese in merito anche (e soprattutto) in seguito all'urgenza di trovare e destinare risorse, energie e competenze per un "prendersi cura" che sia di effettiva qualità.

Assistere dovrà diventare, certo, una grande concentrazione di competenze sempre più specifiche, ma anche una capacità di reinterpretare le relazioni umane negli ambiti deputati al recupero della salute, in cui la tendenza è quella di rendere ipertecnologici tutti i processi, con conseguente concretissimo rischio di irrigidimento delle organizzazioni e delle relazioni.

E' molto ben dimostrato che, ad esempio, la componente emozionale è fattore spesso decisivo per un ottimale recupero della motivazione alla salute ed anche per il recupero della salute stessa.

Le attitudini che usiamo considerare tipicamente femminili sono molto efficaci in questo senso: andrebbero affinate, rese ottimali, fatte diventare habitus professionale per tutti quanti fanno assistenza.

Alcuni esempi di linee di comportamento con approccio che favorisce la compliance, in vista di una relazione anche terapeutica (ovviamente, qui diamo per scontato la competenza negli aspetti tecnico-operativi: affrontiamo solo spazi assistenziali solitamente scarsamente esplorati...)

l'impostazione ed il mantenimento di un rapporto che sia empatico verso l'assistito dovrebbe essere la regola;

il ripensamento di un ambiente di cura che sia accogliente e sereno, il più possibile simile a quello della vita "normale", che consenta di mantenere i rapporti significativi;

favorire rapporti che de-strutturino le separatezze e le distanze artificiali instaurate dalle professioni interpretate in passato come esclusività, autorità e, alla fine, superiorità che hanno generato una latente diffidenza di fondo... Professione deve essere certo competenza tecnica ma anche recupero pieno dell'umano delle persone;

la considerazione delle emozioni del malato e delle persone significative andrebbero sistematicamente rilevate, supportate, gestite e orientate per finalità positive;

l'attenzione a far vivere al meglio la vita possibile, in tutte le sue forme, ben sapendo che ogni vita, come inizia così si avvierà alla conclusione, con tutte le possibili sfumature - anche tragiche - nel suo percorso. Mentre la scienza pretende - giustamente - risultati positivi (lettura maschile), l'assistenza supporta la vita qual'è (ottica femminile). Da questa propensione può derivare un messaggio più realistico rispetto alle caratte-

ristiche efficientiste della nostra società odierna...che stanno rivelando notevoli delusioni.

Tutto questo ed altro ancora dovrebbe essere parte costitutiva dell'assistenza, dovrebbe essere tradotto nella pratica quotidiana, dovrebbe essere tradotto in condizioni di lavoro degli operatori, tali da liberare il tempo necessario, dovrebbe essere considerata la caratteristica dell'assistenza completa alla persona nelle modalità con cui avviene l'integrazione con le altre professionalità.

Si potrebbe continuare con altre considerazioni sul da farsi....

Con tutta evidenza, l'ottica e i modelli organizzativi attuali andrebbero ripensati per configurarli in una dimensione più pienamente umana.

Certo, tutto questo "costa", richiede energie di varia natura. Una visione nobilmente "politica" del tema della convivenza anche in situazione di malattia, implica un'assunzione di responsabilità nuova rispetto al problema dei costi e delle risorse. Molto probabilmente, una responsabilità da considerare "nuova" rispetto a quella che è la concezione oggi diffusa: "la sanità e l'assistenza oggi sono un costo" un costo che va contenuto, possibilmente ridotto e magari anche tagliato...

L'assistere concreto, ci dice invece che, oltre ad essere un "costo", (ad un costo si attribuisce un'accezione negativa - qualcosa che si perde) esso rappresenta:

- la radice simbolica centrale delle relazioni che storicamente si sono evolute, ad esempio, nella nostra Europa, ambito in cui il welfare è tradizione di civiltà;

- nello scenario di crisi del modello economico/finanziario in cui viviamo, percepito più aspramente dal nostro mondo abituato alla ricchezza, anche se fragile, l'assistere concreto è l'emblema del legame da ripristinare e che esigerà - se vorremo sopravvivere socialmente - una redistribuzione più equa delle risorse sempre più scarse per tutti e ad livello generale (perché finalmente ci si riferisce alle risorse vere non essendo possibile, in questo caso, fare riferimento a quelle fittizie della finanza);

- l'assistere concreto, quello che constata tutti i giorni nelle 24 ore, drammi, miserie e nobiltà del vivere, ci indica la necessità di un ridimensionamento delle illusioni di onnipotenza che abbiamo inseguito e la necessità di decidere responsabilmente le priorità a cui dedicare le energie: la salute ed il buon vivere è una di queste.

Hannah Arendt (filosofa e storica tedesca di origine ebraica attiva tra il 1929 e il 1975) afferma che l'aspetto più proprio della politica è il collocarsi in mezzo alle persone. La virtù politica è propria di coloro che amano stare "con" le altre persone, non "sopra" e nemmeno "accanto" ma "fra" le persone, in mezzo a loro.

Quale più prossima opportunità di avere una lettura "politica" di coloro che hanno, per professione, rapporti perfino di intimità con le persone?

E quale responsabilità deriva dalla necessità di costruire una traduzione "politica" delle proprie osservazioni ed esperienze personali dirette?

Questa è oggi, di fronte alle sfide della urgente necessità di un profondo ripensamento delle nostre strutture sociali, una lettura "femminile" dell'assistere, che deve essere un "prendersi cura".

Questa mentalità ancora oggi più propriamente femminile, di continuare a pensarsi impegnata dai problemi veri ed acuti delle persone, rappresenta, rispetto ad un'esperienza storica in chiaro fallimento, una concreta prospettiva per ricostruire il senso della comunità.

Un discorso fondamentale sul valore di un ruolo, quello dell'assistere, sempre incipientemente ritenuto subalterno.

di Elio Drigo



## BUONA PRATICA: EDUCAZIONE AL CAREGIVER NEL PAZIENTE CON FRATTURA DI FEMORE

Circa tre anni fa ci siamo trovati nella situazione in cui non riuscivamo a gestire correttamente la relazione con i caregivers; spesso ci siamo interrogati con il gruppo su questa criticità, notando che invece di valorizzarne le potenzialità, perceivamo la loro presenza come una fonte di ostacolo e disturbo nel nostro quotidiano.

Di riflesso, abbiamo notato che questa percezione si ripercuoteva e veniva sentita dai caregivers; questo aumentava il senso di sfiducia e disagio verso il gruppo professionale.

La nostra attenzione ci ha indotti a coniugare questo duplice aspetto, ricavandone un punto di forza nel coinvolgere maggiormente i caregivers nel percorso di Educazione Terapeutica, argomento che non solo, oggi più che mai, ha una grande risonanza, ma che trova uno spazio fondamentale nell'alleanza con il cittadino.

Per questi motivi, valorizzando le risorse presenti, abbiamo concordato una strategia con il gruppo di lavoro, per pianificare un percorso di coinvolgimento del paziente e del caregiver, con più obiettivi:

- Standardizzare il percorso ass.le del paziente;
- Personalizzare il percorso ass.le del paziente;
- Coinvolgere attivamente il paziente nel suo processo di cura e guarigione;
- Coinvolgere il caregiver nel processo di cura e riabilitazione del paziente;
- Aumentare il senso di fiducia nella struttura da parte del paziente e del caregiver;
- Diminuire ansie e tensioni nel rapporto con il paziente e il caregiver;
- Responsabilizzare e finalizzare la presenza del caregiver in reparto;
- Riabilitare precocemente il paziente ortopedico;
- Dimettere responsabilmente il paziente;
- Migliorare l'alleanza con il cittadino;
- Aumentare il senso di gratificazione del personale.

Nella traumatologia ortopedica si riconoscono diverse situazioni limitanti e/o invalidanti, ma, sicuramente nella varietà dello scenario clinico, la patologia con cui più frequentemente ci troviamo a contatto è la frattura del femore che, senza ombra di dubbio, coinvolge per gran parte persone anziane.

Il femore è un osso lungo, in tutti i sensi ed a seconda del trauma che ha subito, della sede in cui è lesionato, delle strutture coinvolte, subisce trattamenti diversi che portano ad esiti diversi anche in termini di riabilitazione; in questo breve spazio non possiamo soffermarci su tutti gli aspetti e le loro soluzioni, ma in generale possiamo dire che la limitazione funzionale, il dolore, la percezione del sé sono tre elementi che si ripercuotono sul paziente influenzandone la gestione perioperatoria e familiare.

Le preoccupazioni maggiori da parte del paziente sono:

Ho dolore, come faccio a muovermi?

Tornerò a muovermi come prima?

La mia gamba sarà uguale a prima?

Riavrò la stessa autonomia?

Le preoccupazioni maggiori da parte del caregiver sono:

Riuscirò a gestire a casa questa persona?

Potrò vivere ancora da sola o dovrò pensare a dare un supporto (famiglia, badante, casa di riposo)?

Potrò gestirla a casa o dovrò chiedere l'RSA?

Se la porto a casa, avrò bisogno di presidi e come faccio ad averli?

Di fronte a queste domande più o meno esplicite, ma sicuramente emergenti nei colloqui con gli infermieri, abbiamo notato che sia il paziente che il caregiver avevano paura a mantenere anche il movimento residuo, avendo paura del contatto fisico per una diversa percezione del sé.

I maggiori campi di intervento di educazione terapeutica hanno, in generale, riguardato alcuni ambiti comuni a cominciare dalle azioni più semplici:

la gestione dell'igiene - i caregivers vengono coinvolti nelle attività semplici, come il lavaggio del viso, del cavo orale, delle mani, del torace, questo per favorire anche il contatto tra i due attori che immediatamente dopo il trauma si veniva ad interrompere per paura di causare ulteriore dolore o danni al paziente stesso; successivamente all'intervento qualora il paziente rientri al domicilio, il personale insegna al caregiver come soddisfare correttamente il bisogno di igiene, educandolo sulla corretta mobilizzazione a letto, sul cambio del pannolone e della biancheria;

la gestione di idratazione e alimentazione - il caregiver durante il ricovero viene educato rispetto all'importanza di stimolare, specie le persone anziane, ad idratarsi, mentre per quanto riguarda l'alimentazione abbiamo fatto un intervento di correzione rispetto la varietà dell'alimentazione. Lo stesso personale

# INFERMIERISTICA E CURE COMPLEMENTARI

di supporto ci faceva notare che spesso i caregivers, forse anche per "fare più veloci", tendevano a somministrare "l'eterno duo ospedaliero" del purè e stracchino, che era facilmente assumibile, ma sottoponeva i nostri pazienti, già allettati e con mobilità ridotta, a riportare preoccupanti rallentamenti e/o blocchi intestinali; perciò interveniamo in primis, laddove non sia necessario l'intervento del nutrizionista, informando i caregivers sull'importanza di una corretta alimentazione e consigliandoli nella scelta del pasto;

la mobilitazione precoce – la tendenza che hanno molte persone è quella di rimanere allettati per necessità di attenzione o per paura di riaccusare lo stesso dolore legato al movimento dell'arto offeso; in questo ambito l'alleanza con il caregiver diventa strategica, sia quando il paziente è restio alle nostre azioni sia quando deve essere stimolato a mantenere la posizione seduta in poltrona; oltre a ciò in caso di bisogno di movimento passivo per la circolazione periferica, al caregiver viene insegnato a gestire i movimenti consigliati ed a stimolare il paziente a ripeterli nell'arco della giornata; il dolore – in questo ambito stiamo notando una crescente sensibilizzazione di tutto il personale nei confronti dei pazienti; sia al paziente, sia al caregiver, viene insegnato a come gestire il dolore a quando segnalarlo per avviare un intervento tempestivo. Viene, inoltre, spiegato l'andamento del dolore legato prima al trauma, poi all'intervento ed ai suoi postumi, fino alla ripresa della movimentazione, affinché paziente e caregiver non si spaventino nel corso del naturale decorso del trauma. Specie nel preoperatorio, quando il dolore è causato dalla frattura, infermieri ed Oss sono impegnati a lavorare assieme al paziente durante la mobilitazione, effettuando manovre tecniche che vengono spiegate al paziente prima e durante la loro applicazione, per cercare la collaborazione del paziente e abbassare la tensione del caregiver;

il coinvolgimento nella Riabilitazione ed utilizzo di presidi – in reparto abbiamo una stretta collaborazione con i fisioterapisti che coinvolgono il caregiver nel piano riabilitativo del paziente, insegnandogli i movimenti corretti per gli spostamenti passivi, educandoli a sorvegliare il paziente nei movimenti attivi, facendogli prendere confidenza con i presidi utilizzati, che verranno poi individuati e prescritti per il rientro al domicilio. L'educazione in questo ambito è importante perché spesso i caregivers chiedono la possibilità di avere molti presidi, convinti del fatto che servano a migliorare la gestione del paziente, senza sapere che spesso le loro scelte sono inappropriate di fronte ad un programma riabilitativo; per questo motivo, in previsione di una dimissione al domicilio, il caregiver viene coinvolto nella riabilitazione del paziente, vedendo di persona i progressi raggiunti e rendendosi conto di quelle che sono le effettive necessità residue del paziente. Questo influisce anche sullo stimolo che va dato al paziente, specie se anziano, nei casi in cui tendesse a fare fatica a riprendere la sua autonomia.

la gestione della dimissione protetta – in conformità con il percorso aziendale, anche il nostro reparto è fortemente coinvolto nel percorso della dimissione del paziente fragile. I pazienti con frattura di femore, soprattutto se anziani, sono quelli più frequentemente candidati al percorso in RSA o in altri casi la scelta ricada sull'ingresso in casa di riposo. Al momento dell'ingresso del paziente viene subito individuato un possibile percorso di dimissibilità ed in questo il caregiver è parte attiva. I motivi per cui il paziente viene valutato per l'ingresso nella struttura residenziale sono molteplici, ma i più comuni rispondo a:

- età avanzata
- scarsa disponibilità della rete familiare/sociale
- difficoltà nella ripresa dell'autonomia motoria (anche legata al carico concesso)
- presenza di comorbidità che rallentano o compromettono la ripresa
- situazione abitativa
- scarsa autonomia pregressa al ricovero.

Il caregiver viene costantemente coinvolto sull'andamento del ricovero, ascoltato sulle difficoltà, perplessità e preoccupazioni, aiutato e consigliato sulla scelta del percorso per la dimissione.

Naturalmente questi sono solo alcuni interventi che abbiamo migliorato e non ci fermeremo qui; quello che però abbiamo sicuramente notato è che oltre a migliorare la collaborazione con i caregivers, tutto il gruppo professionale si sta integrando e sta maturando nell'ottica della multidisciplinarietà.

Inf. Coord. **Laura Guerra**  
**Soc Ortopedia e Traumatologia**  
**Sez. degenze**  
**AOUD "Santa Maria della Misericordia"**  
**di Udine**

Si chiude con questo ultimo articolo il filone sull' *Infermieristica e le Cure Complementari*. Si ricorda, come anticipato nel primo articolo, che quanto scritto dall'autrice non vuole esaurire la conoscenza sull'argomento ma vuole essere uno stimolo per ulteriori scambi e confronti in un campo che negli altri paesi si sta evolvendo sempre più.

Chi fosse interessato può comunicare idee, esperienze, opinioni e proposte in merito alla segreteria del Collegio all'indirizzo mail: ipasviudine@ipasviudine.it

## Infermieristica e Cure Complementari

Con questa parte che analizza in particolare le implicazioni e le prospettive per l'infermieristica si conclude la carrellata sulle cure ed i trattamenti complementari.

Secondo il gruppo di studio, del Collegio Nazionale IPASVI che aveva proposto il Percorso post universitario di Alta Formazione (di cui all'articolo precedente) nell'ambito dell'infermieristica sono considerate Cure Complementari una serie di interventi, che si avvalgono di saperi ed abilità acquisiti e mantenuti attraverso un percorso formativo specifico e che vengono così definiti:

la riflessologia, il tocco massaggio, l'infant massage, il tocco terapeutico, l'auricoloterapia, il Do-in, il Wudang Qi Gong, il Tui-na, lo Shiatzu, il metodo Feldenkrais, il Rebirthing, il Rolfing, il Training autogeno, la Visualizzazione, i Fiori di Bach, la tecnica metamorfica, l'aromaterapia, la cromoterapia, l'alimentazione naturale, l'idroterapia, tanto per citarne alcuni. Quello dell'integrazione, però, in Italia rimane un grosso problema per tutte le problematiche ancora irrisolte nel campo della formazione, dell'esercizio e della ricerca cui è stato accennato nei numeri precedenti. Ben diversa la realtà degli Stati Uniti dove dal punto di vista infermieristico intorno agli anni 80 un notevole contributo alla diffusione ed alla conoscenza dei trattamenti non convenzionali lo ha sicuramente dato il movimento dell' **Holistic Nursing**. La parola "olistico" deriva dalla radice greca "holos" che significa intero e la combinazione con la parola nursing assume il significato di un "farsi carico", "prendersi cura" **per intero** che diventa l'obiettivo di queste infermiere americane.

La specialità è infatti basata sulla pratica che riconosce la connessione tra il corpo, la mente e lo spirito delle persone assistite e richiede a coloro che la praticano anche un lavoro di crescita personale.

L'AHNA (American Holistic Nurses Association) è l'associazione nazionale che si dedica a portare avanti l'olismo nella professione infermieristica, con l'intento di riunire tutte le infermiere interessate.

Gli standard per la pratica olistica sono stati elaborati e pubblicati e l'AHNCC (American Holistic Nurses Certification Corporation) li utilizza per la certificazione del **titolo di Infermiera Olistica**.

L' Holistic Nursing può essere praticato dagli infermieri in ogni area ed in ogni ambiente, dagli ospedali, all'assistenza domiciliare a quella privata. Molte di queste infermiere usano modalità complementari ed alternative per promuovere la guarigione, il comfort, ed un senso di armonia e di pace in chi assistono perché questi trattamenti

offrono loro infermiere dei mezzi per trattare il corpo (es: massaggio terapeutico, aromaterapia), dare sollievo alla mente (immaginazione guidata, meditazione) e la possibilità di sperimentare una significativa interazione personale (consapevolezza della propria presenza per la guarigione - to be truly present for your patient -).

Le holistic nurses pubblicano i risultati dei loro studi nel **Journal of Holistic Nursing** o nell' **Holistic Nursing Practice**.

La specialità si è sviluppata sempre di più e negli ospedali si sta diffondendo la presenza di aree dedicate all'offerta di trattamenti alternativi/complementari (quando dati scientifici ne supportano l'efficacia dei risultati) che possono essere attuati da questi infermieri.

Il movimento è molto diffuso anche in Australia dove le infermiere diffondono le loro esperienze sull' **Australian Journal of Holistic Nursing**

Nel Regno Unito il **Royal College of Nursing** ha, al suo interno, uno speciale gruppo di persone interessate allo studio ed allo sviluppo cure complementari.

In questi paesi l'integrazione con i trattamenti "convenzionali" è stata facilitata dall'uso delle teorie e dall'uso delle tassonomie del Nursing (classificazione delle diagnosi infermieristiche- NANDA- classificazione degli interventi infermieristici - NIC -)

- Per quanto riguarda il primo aspetto la maggior parte delle **teorie** infermieristiche sottolinea che gli Infermieri devono prendere in considerazione la persona nella sua interezza. (George 1995).

Probabilmente è stato proprio per questo che gli infermieri hanno dimostrato per primi entusiasmo per i trattamenti complementari perché li aiutano ad affrontare le dimensioni fisiche, mentali, emotive e spirituali delle cure.

Anche, la classificazione dei problemi per i quali gli infermieri sono stati formati ed autorizzati a fornire prestazioni di propria competenza elaborata dalla *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) ed il loro raggruppamento sulla base dei modelli di risposta umana delinea un essere umano che ha caratteristiche biologiche, psicologiche, sociali e spirituali tra loro integrate, che viene assistito dall'infermiere in un'ottica complessiva. Ad oggi la classificazione elenca più di 150 diagnosi organizzate secondo domini basati su modelli di salute, alcune particolarmente interessanti per l'infermieristica complementare: Deficit di attività diversive, Disturbo del campo di energia, Disturbo del concetto di sé, Conflitto decisionale, Coping inefficace della persona, Compromissione delle interazioni sociali, Lutto, Alterato mantenimento della salute, Comportamenti volti a migliorare la salute, -Sofferenza spirituale, Potenziale miglioramento del benessere spirituale solo per citarne alcuni..... (Carpenito 2005)

La NIC (Nursing intervention Classification) è una nomenclatura completa (anche se in progress) codificata e condivisa dei trattamenti che gli infermieri attuano in tutti gli ambiti dell'esercizio professionale.

Tra essi (ormai più di 500) sono già compresi numerosi interventi "non tradizionali" per la soluzione dei problemi di salute della persona /o gruppo es:

**ascolto attivo, musicoterapia, arteterapia, ludoterapia, sostegno emotivo, sostegno spirituale, humor, training autogeno, meditazione, immagine guidata, rilassamento** .....

Quando le infermiere dei paesi anglosassoni utilizzano un trattamento complementare per risolvere un problema del paziente identificato come diagnosi del Nursing l'azione diventa un intervento pianificato per risolverlo ed i suoi effetti saranno valutati.

La Tavola 1\* presenta alcuni esempi al fine di chiarire questi concetti.

Diagnosi infermieristiche	Interventi infermieristici	Motivazioni/ Risultati
Alterazione del comfort	Digitopressione, tocco terapeutico	Per diminuire la percezione di dolore
Sonno disturbato	Massaggio Uso della musica	Per promuovere rilassamento, riposo
Isolamento sociale	Pet therapy	Per fornire affetto
Coping inefficace	Humor therapy	Per alleviare tensioni e per facilitare l'apprezzamento di ciò che è divertente
Mancanza di speranza	Fornire speranza	Per promuovere un senso positivo del futuro
Sofferenza spirituale	Supporto spirituale	Per facilitare un senso di pace interiore
Ansia o paura	Immagine guidata, rilassamento, biofeedback	Per ridurre il senso di ansietà
Alterazione della comunicazione	Art therapy	Per facilitare l'espressione
Disturbo del capo energetico	Tocco terapeutico	Per ripristinare il flusso energetico

\* Frisch N. "Nursing as a context for alternative/ complementary modalities". *Online Journal of Issues in Nursing*. 6 (2): 13p. 2001 May 31.

Per sintetizzare i paesi dove l'integrazione si è realizzata ci insegnano che quando documentata in un contesto di Nursing l'infermiera può dimostrare che la cura complementare viene usata per affrontare un problema che è stato accettato dalla comunità internazionale degli infermieri e all'interno di finalità condivise dagli stessi professionisti e può inserire l'intervento stesso nel piano assistenziale.

Le terapie complementari non dovrebbero essere impiegate come sostituto di una buona assistenza di base e quella dell'integrazione è una questione complessa e delicata che presenta ancora grossi ostacoli di tutti i tipi, non ultimo organizzativi e gestionali.

Dove però queste terapie vengono attuate gli infermieri stanno ridisegnando il loro ruolo per migliorare l'assistenza fornita agli ammalati (Mackereth 2004) e per recuperare il significato della relazione e l'importanza del contatto con l'assistito, da sempre cuore del nursing.

Per l'Italia questo processo appare ancora molto lungo anche se fa riflettere il fatto che anche l'interesse degli infermieri italiani è aumentato in seguito:

- al miglioramento della loro preparazione con conseguente maggior consapevolezza della loro area di autonomia;
- al rischio di perdere il contatto con il paziente ed i suoi bisogni con l'uso sempre più diffuso della tecnologia ed i processi di aziendalizzazione;
- alla consapevolezza dei parallelismi fra la visione del Nursing e quella delle cure complementari.

In generale l'infermieristica ha una funzione con finalità e basi concettuali idonee ad accogliere questi trattamenti ed il loro uso in particolare in certi settori dell'assistenza (es. oncologico, cronicità) fornisce sicuramente una più ampia gamma di strumenti rendendo la pratica professionale più completa e rispettosa della persona in tutte le sue dimensioni.

Nonostante tutto i trattamenti non convenzionali sono presenti in molti piani sanitari regionali e diverse regioni italiane hanno da tempo attivato Commissioni tecniche per sopperire al vuoto legislativo dello Stato: alcune di esse, per es. Lombardia, Toscana, Campania e Umbria, hanno anche istituito un fondo di bilancio per lo sviluppo delle prestazioni sanitarie integrate. Sono un centinaio gli ambulatori pubblici in Italia che erogano prestazioni di questo tipo anche dopo la loro esclusione dai LEA (livelli essenziali di assistenza) e alcune Regioni hanno deciso di mantenere alcune terapie non convenzionali nei LEA nonostante questa esclusione (es. agopuntura in Toscana). Nella maggior parte dei casi, però, si tratta di trattamenti di competenza medica e ancora poco spazio purtroppo trovano i trattamenti che potrebbero essere praticati dagli infermieri.

di Antonietta Zanini

## ITALIANI IN RETE IN CERCA DI SALUTE: ARRIVA LA COMUNICAZIONE DI QUALITÀ SULL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Sono oltre 15 milioni gli italiani che si rivolgono alla rete per ottenere informazioni relative alla salute; di questi, un terzo consulta il web almeno una volta alla settimana, il 18% anche più di una volta. Questi dati, che emergono da una ricerca realizzata da Sapienza-Università di Roma per il Ministero della Salute confermano la crescente domanda d'informazione su temi delicati e pongono all'ordine del giorno il tema dell'affidabilità e della sicurezza delle informazioni.

E per assicurare un'informazione qualificata e validata i cittadini da oggi possono contare sugli infermieri, che attraverso il loro nuovo portale mettono a disposizione di tutti il bagaglio di esperienza e competenza degli oltre 390.000 infermieri italiani.

Parte la collaborazione tra la Federazione degli infermieri italiani e il Ministero della Salute, in base alla quale il nuovo portale, arricchito da nuove sezioni e servizi ad hoc specificamente dedicati sia agli utenti sia agli infermieri stessi, diventa un canale ufficiale per la divulgazione ai cittadini dell'informazione sanitaria.

Come afferma **Ferruccio Fazio**, Ministro della Salute, "l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche, la contrazione dei tempi di degenza in ospedale, impongono di pensare e agire sempre più 'in rete' e di poter contare su operatori sanitari preparati e cittadini in grado di essere coinvolti attivamente nella propria salute. Gli infermieri possono svolgere un ruolo fondamentale in questa prospettiva, garantendo assistenza e professionalità e il potenziamento nel portale della comunicazione con gli utenti va proprio in questa direzione".

Il nuovo portale, infatti, insieme agli strumenti rivolti alla professione, offre ai cittadini un canale diretto d'informazione, con percorsi guidati sui temi dell'assistenza infermieristica e i corretti stili di vita. Del resto, dichiara **Daniela Rodorigo**, Direttore Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali del Ministero della Salute, "le potenzialità offerte da internet nei processi di ricerca dell'informazione sanitaria sono una risorsa in grado di supportare gli utenti nell'assunzione di decisioni attive e informate nei confronti delle proprie condizioni di salute e contribuisce al processo di empowerment del cittadino più volte richiamato dall'OMS. Proprio per questo serve sempre più un'informazione che provenga da fonti qualificate".

Nella sezione *Click salute* gli utenti potranno infatti trovare piccoli dossier, costruiti in forma di quesiti cui viene data risposta, in termini chiari e concisi, su temi come allattamento, dolore oncologico, febbre del bambino, idratazione dell'anziano e così via.

Agli infermieri sono riservati i "percorsi guidati" che forniscono, in un linguaggio professionale, l'approfondimento degli argomenti trattati per i cittadini e le indicazioni per trovare nel Web 2.0 informazioni autorevoli e indipendenti.

Sono state inoltre potenziate le sezioni dedicate ai 102 Collegi degli infermieri italiani, per meglio riflettere la struttura di rete interconnessa che essi compongono all'interno della Federazione Nazionale.

Oltre a consentire di collegarsi direttamente a ciascuno dei Collegi sparsi sul territorio nazionale, il portale si è dotato di una finestra

in home page, *News dai Collegi*, nella quale trovare le informazioni più aggiornate per incrementare sia le opportunità di formazione e sviluppo professionale sia la comunicazione interna.

Grande spinta e maggiore visibilità sono state date anche al settore strategico dell'Educazione Continua in Medicina e alle opportunità di avanzamento professionale offerte dai nuovi moduli dei corsi di Formazione A Distanza (FAD), frutto di una collaborazione con il Ministero della Salute e FNOMCeO (Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri) iniziata nel 2009, arricchiti di nuovi moduli. Una sfida, quella rappresentata dalla formazione a distanza, che è stata affrontata con slancio dagli infermieri italiani: il corso su "Analisi delle cause profonde" (RCA, *Root Cause Analysis*), pubblicato a dicembre 2010 ha infatti già raccolto oltre 35.000 iscrizioni.

Il nuovo portale ospiterà inoltre il formato online della rivista **L'infermiere**, una pubblicazione "storica" che, da più di vent'anni, testimonia la vitalità e la passione del mondo infermieristico in Italia e la sua capacità, nell'era del Web 2.0, di sapere cogliere le opportunità offerte dalla tecnologia per essere sempre più vicino ai cittadini e sempre più attento alle loro esigenze di cura e di salute.

Come sottolinea **Annalisa Silvestro**, Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, "gli infermieri sanno mettersi in discussione e raccolgono sempre le sfide, anche quella imposta dallo sviluppo tecnologico: siamo la prima Federazione sanitaria che si rivolge direttamente ai cittadini e che ha investito impegno e risorse per creare una linea diretta con gli utenti con la quale comunicare competenza, affidabilità, esperienza".

### LA SEGRETERIA INFORMA...

#### ATTIVAZIONE PEC

A partire dal mese di settembre 2011 verranno comunicate le modalità operative per l'attivazione della Posta Elettronica Certificata (PEC), così come pre-annunciato sui numeri precedenti e in occasione dell'Assemblea degli Iscritti. Invitiamo tutti i colleghi a consultare regolarmente il sito del Collegio Provinciale di Udine, [www.ipasviudine.it](http://www.ipasviudine.it), per prendere visione delle informazioni necessarie all'adempimento di questa attività.

#### RINNOVO CONSIGLIO DIRETTIVO TRIENNIO 2012-2014

Il CD desidera coinvolgere in virtù dello scadere del mandato il maggior numero di iscritti a rendersi disponibile a candidarsi per il rinnovo del nuovo Consiglio Direttivo per il Collegio IPASVI di Udine per il triennio 2012-2014. Si ricorda che la candidatura per il rinnovo del CD è libera per tutti gli iscritti al Collegio e che la partecipazione anche alla sola votazione è un momento fondamentale per la crescita e lo sviluppo della Professione.

#### BOLLINO RINNOVO ISCRIZIONE ANNO 2011 (VEDI 4/10)

Si ricorda agli iscritti di staccare il Bollino 2011 di iscrizione al Collegio e di conservarlo congiuntamente alla ricevuta di pagamento.

### LA SORVEGLIANZA NEL PAZIENTE NEUROCHIRURGICO

In questi ultimi anni il tema della sorveglianza sul paziente ha cominciato a ricoprire particolare interesse. Il 5-15% dei pazienti va incontro ad evento avverso durante l'ospedalizzazione, di questi il 37-52% sono prevedibili. Ogni giorno gli infermieri sono chiamati ad individuare i segni che potrebbero indicare un peggioramento delle condizioni del paziente. Gli infermieri esperti sono molto abili in questo per un "sentire" che esperienza dopo esperienza hanno acquisito. Questa competenza, definita anche "conoscenza tacita" permette di cogliere e discriminare determinati segnali preoccupanti o ascrivibili a un quadro di "normalità". Sembra esserci un nesso tra numero di infermieri, cattiva comunicazione medico - infermiere, basso numero di infermieri esperti ed aumento della mortalità. In ambito neurochirurgico è necessario porre particolare attenzione allo stato neurologico del paziente individuando precocemente il decadimento delle funzioni cognitive. Presso il reparto di Neurochirurgia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine gli infermieri con competenze avanzate utilizzano formazione ed esperienza per esercitare un'assistenza attenta nel riconoscere i pazienti a rischio di outcomes negativi. Riuscire quindi a comprendere quali sono i fattori che determinano un aumento del rischio di decadimento neurologico è necessario. In questo caso prenderemo in considerazione quelli che sono i fattori di rischio nei pazienti con ematoma sottodurale cronico

(CSDH). Nei pazienti con età > 65 anni la causa principale di CSDH è il trauma cranico dovuto a caduta accidentale (56%), seguito dagli incidenti con veicolo (22%). L'incidenza di questa patologia è di 8 casi ogni 100.000 abitanti/anno. Da una revisione della letteratura i fattori che influenzano il possibile peggioramento delle condizioni sono un'età > 50 anni, essere in trattamento con terapia anticoagulante, una ipertensione arteriosa mal controllata, essere affetto da patologie epatiche, essere in dialisi renale, avere una GCS all'ingresso minore o uguale a 9. Anche le caratteristiche dell'ematoma sono importanti: uno shift della linea media maggiore di 0,5 e uno spessore della falda maggiore di 1 cm sono fattori predittivi di outcome negativi. Malgrado le ricerche a disposizione, non è ancora noto in che modo, una serie di variabili (parametri vitali rilevati all'ingresso, la presenza o meno di deficit, esami ematochimici), siano indicatori di peggioramento del paziente. E' pertanto fondamentale individuare precocemente i fattori di rischio, così che l'infermiere possa indicare i pazienti più critici non soltanto dalla propria esperienza ma da un bagaglio di conoscenze fondate su studi sistematicamente condotti che permettano di riformulare l'assistenza erogata aumentando sorveglianza e il pressing versus i pazienti riconosciuti come "fragili".

di Renzo Moreale e Davide Caruzzo

### SITI IN VETRINA: INFERMIERE E DIABETE

Il diabete è una malattia comune che interessa in Italia il 3-5% della popolazione generale. In alcuni paesi del nord Europa o nel nord America può arrivare ad interessare persino il 6-8% della popolazione. Un dato preoccupante è il costante aumento dei casi di diabete, probabilmente per l'aumento dell'obesità e della sedentarietà delle popolazioni. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, stima nel anno 2030 nel mondo ci saranno 360 milioni di persone con diabete, rispetto ai 170 milioni del 2000. Questo con importanti ripercussioni sulla vita dei pazienti e delle loro famiglie e sui sistemi sanitari che offrono assistenza ai pazienti. Chiunque può essere colpito dal diabete, anche se la probabilità di sviluppare questa malattia è maggiore se si ha una relazione di parentela in primo grado (genitori, figli, fratelli) con una persona diabetica. Il progresso culturale e tecnologico della scienza, sia medica che infermieristica, e l'innalzamento della vita media della popolazione ha portato un aumento sempre più incalzante dei bisogni di salute. Vediamo infatti che l'infermiere è colui che fa un uso della propria intelligenza pratica nel progetto creativo di cure per individui che vivono in determinate uniche e mutevoli circostanze (D. Orem, 1991). Questa frase, detta da una teorica di scienze infermieristiche, sottolinea che per l'infermiere non è solo importante conoscere "che malattia abbia la persona", ma soprattutto "che persona ha quella malattia".

Questo concetto ha obbligato gli infermieri a modificare il proprio modo di lavorare e di relazionarsi con le persone con diabete. La persona deve essere accompagnata nell'arco di tutta la sua esistenza per cui si deve instaurare un'alleanza tra operatore e paziente. In diabetologia l'infermieristica si è sviluppata attraverso le varie esperienze professionali e si è focalizzata, almeno negli ultimi anni, sull'educazione e sui bisogni di autogestione del paziente diabetico che vede la consulenza il mezzo efficace per sviluppare i seguenti effetti:

- Sicurezza per il paziente
- Maggiore autonomia per il paziente e i familiari
- Sviluppo di competenze degli operatori
- Soddisfazione professionale per il consulente

I siti proposti da vedere per approfondire l'argomento sono:  
<http://www.osdi.it>  
<http://www.diabete.net>  
<http://www.ildiabeteoggi.it>  
<http://www.diabetologia.it>

di Lorena Venier

Tutti gli articoli non firmati sono a cura del Comitato di redazione

Bollino  
tesseramento  
2011

Da ritagliare e applicare  
sul tesserino a cura degli iscritti

