

16

Speciale Congresso
Speciale Congresso

1° Supplemento a "SCENARIO" 2/2008
Direttore responsabile: Maria Benetton
Autorizzazione Tribunale di Arezzo 4/84 R.S.
Spedizione in abbonamento postale art. 2 comma
20/b, legge 662/96 Filiale di Firenze
Direzione e redazione: ANIARTI
Via Val di Sieve, 32 50127 Firenze
Tel. 055/434677 - Fax 055/435700
Cell. 340/4045367/5
Sito: www.aniarti.it - e-mail: aniarti@aniarti.it

Stampa: Tipografia San Marco,
Via Della Treccia, 14 - 50145 Firenze

Gli articoli pubblicati su Area... libera non sono stati sottoposti a nessun tipo di revisione editoriale e/o scientifica. Vengono proposti come stimolo al confronto ed alla discussione professionale.



Area... libera

3rd c o n g r e s s o c o n g r e s s o 27°



European federation of Critical
Care Nursing associations

associazione nazionale
infermieri di area critica



Firenze - Italia 9 - 11 Ottobre 2008

Influire sull'assistenza infermieristica di area critica in Europa
"Influencing Critical Care Nursing in Europe"

PER TUTTE LE INFORMAZIONI CONSULTA IL SITO
www.aniarti.it

INCREDIBILE la risposta degli infermieri italiani e stranieri nel contribuire alla costruzione di questo evento internazionale!

Sono pervenute centinaia di proposte di abstract e la partecipazione degli infermieri italiani ha superato le migliori aspettative.

Sarà un momento particolarmente interessante di scambio ed ulteriore avanzamento professionale fra moltissimi infermieri dell'area critica e non solo.

Nella bellissima sede congressuale di Firenze potremmo partecipare a workshop dedicati, a

confrontarci con la più recente tecnologia mondiale, a scoprire le ultime novità librarie del settore.

Ma ancora sarà un modo per INCONTRARE colleghi italiani e stranieri che, in un luogo ricco di bellezza e carico di professionalità, ci permetteranno sicuramente di instaurare nuovi rapporti e collaborazione.

Un'occasione irripetibile!

Ti aspettiamo a Firenze!

Elio Drigo & Jos Latour

www.aniarti.it - www.efccna.org - www.efccna2008.aniarti.it

Aniarti - Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze
tel.055.434677 - fax 055.435700 - e-mail: aniarti@aniarti.it

Un evento irrinunciabile! Organizziamoci per tempo!

Prendersi cura in Day Surgery

Giuliana Masera, Laureata in Infermieristica, Laureata in Filosofia, Master in Relazioni e sentimenti nelle professioni educative e di cura, Docente in discipline demotopologiche, Corso di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed Ostetriche, Università degli studi di Parma

Abstract

I progressi della medicina e della farmacologia in chirurgia, hanno contribuito ad una continua crescita della day surgery nel mondo. In questo articolo argomenterò come la pratica infermieristica abbia bisogno di una riflessione circa il prendersi cura in day surgery attraverso due ricerche infermieristiche circa la percezione dei pazienti in day surgery. I temi principali che emergono relativi alla pratica infermieristica riguardano: l'aspetto informativo, le esperienze ed il ricovero a casa. La crescita futura della day surgery dipenderà in parte dal grado di accoglienza del cittadino ed in parte da quanto l'atteggiamento di prendersi cura si diffonderà nel sentire comune soprattutto attraverso l'espressione di sentimenti ed emozioni.

Parole chiave: Day surgery, Pratica infermieristica, Ricerca, Prendersi cura.

Dobbiamo tutti guarire da qualcosa, dai piccoli mali che ci affliggono nella vita quotidiana e di cui vorremmo liberarci, piccoli mali che ci segnalano la presenza del corpo, la sua fragilità, il carattere labile dei confini fra esterno ed interno. Ma dobbiamo guarire anche dai mali della mente quelli che ci caricano talvolta di paura e di angoscia, quelli che ci spingono a preoccuparci o viceversa ad essere indifferenti alla vita.

Cerchiamo poi di guarire dalle malattie quando queste ci colpiscono veri e propri eventi catastrofici in un mondo che non prevede più la possibilità di fermarsi, di non essere all'altezza, di essere impossibilitati. Alla medicina di oggi, ci rivolgiamo per guarire di tutto questo. Nella società occidentale ipertecnologica coltiviamo gli stessi sogni dei nostri antenati, guarire per sempre ed essere liberati dal male, la rassicurazione contro la paura e la promessa della guarigione¹ e desideriamo che tutto questo accada nel minor tempo possibile. Non c'è tempo per essere malati, efficienza, saluttismo e corpo in perfetta forma costituiscono i nuovi miti della società in cui viviamo. In questo contesto si inserisce con determinazione la Day Surgery diffusasi inizialmente nei paesi anglosassoni ed ora anche nei paesi di origine latina. Questo giustifica pienamente l'esigenza di prendere coscienza di ciò che può accadere ad un paziente che deve affrontare un intervento chirurgico in regime di Day Surgery e quindi rapidamente dimesso dalla struttura ospedaliera.

Percezioni dei pazienti della Day Surgery

Come e attraverso quali strumenti la Day Surgery può rappresentare una opportunità di cura rispondente alle reali necessità del paziente?

È possibile un "prendersi cura" in Day Surgery?

Sono queste due questioni fondamentali che nell'articolo tenterò di approfondire ed argomentare.

Meno tempo si soggiorna in Ospedale, minore è la percezione di "sentirsi malati gravi" e comunque il ritorno rapido alla propria abitazione costituisce per molti pazienti una fonte di sollievo e serenità. Uno studio interessante di Mitchell² (1998) elenca quattro temi importanti a proposito

della percezione che i pazienti possiedono di un ricovero e post ricovero in Day Surgery.

- Il primo definito *nursing practice*, chiarisce come la presenza infermieristica nella fase del pre-ricovero e durante il post ricovero nella propria abitazione abbia costituito per i pazienti un elemento importante di soddisfazione. A tal proposito Domar et al (1987)³ hanno dimostrato nei loro studi che lo stato di ansietà era nettamente minore in pazienti che avevano avuto più occasioni di un incontro con personale chirurgico (infermieristico e medico) rispetto ad un altro gruppo di pazienti che non avevano beneficiato delle stesse attenzioni. Anche Parsons et al, hanno condotto studi sui pazienti per accertare quali comportamenti sono stati giudicati come "prendersi cura"⁴. Sono emersi vari atteggiamenti ma i primi tre comportamenti importanti sul "prendersi cura" sono stati: rassicurante presenza dell'infermiere, rassicurazione verbale ed attenzione al benessere fisico e psichico.

Cozarelli (1993) evidenzia a tal proposito quale sia uno dei ruoli terapeutici dell'infermiere: aiutare i pazienti ad esprimere i propri sentimenti, emozioni per affermare con maggiore consapevolezza il proprio decorso di Day Surgery⁵.

- Il secondo aspetto che Mitchell prende in considerazione fa riferimento all'*information provision*, alla **informazione fornita**. Nei 30 studi considerati, Mitchell sottolinea come l'informazione risulti difficile. Più specificatamente: l'assenza o l'insufficienza di informazione fornita, i differenti livelli di informazione ricevuti e il modo ed il tempo in cui l'informazione viene fornita. L'autore sottolinea inoltre come i pazienti nelle ricerche condotte da Oberle et al (1994) preferirebbero ricevere informazioni scritte qualche giorno prima del loro intervento chirurgico e non la mattina stessa dell'intervento, elemento questo che provoca una non soddisfazione del paziente ed aumenta lo stato di ansietà⁶.

- Il terzo aspetto che Mitchell analizza fa riferimento a *patients experiences within day surgery*, alle esperienze dei pazienti all'interno della Day Surgery. Un ampio numero di studi analizzato da Mitchell sottolinea una soddisfazione generale con una preferenza per la Day Surgery.

Nello studio di Avis (1994) viene rilevato come i pazienti abbiano preferito lasciare ai medici e agli infermieri la decisione delle loro scelte perché li ritenevano esperti, ma hanno anche capito che questo ha limitato il loro coinvolgimento nella decisione sul da farsi⁷. Quattro studi esaminati da Mitchell sottolineano che alcuni pazienti non sono felici di tornare a casa subito dopo l'intervento e avrebbero preferito soggiornare una notte in ospedale. La sensazione di abbandono che il paziente può provare al momento della dimissione è ampiamente descritta. La presenza di un eventuale drenaggio, di una medicazione di un ausilio protesico o semplicemente di una terapia medica non è gestita allo stesso modo da tutti i pazienti.

- Il quarto aspetto cui Mitchell fa riferimento, prende in esame il *recovery at home*, il ricovero a casa. A questo proposito il ricovero a casa costituisce un problema soprattutto per le pazienti che hanno subito un intervento di tipo ginecologico in quanto debbono a casa occuparsi dell'accudimento dei bambini e dei lavori dei casa con poco sostegno da parte delle reti familiari.

Presentazione di due ricerche sul tema

Per un approfondimento di queste tematiche è stata pensata una serie di ricerche finalizzate alla comprensione che il paziente ha della Day Surgery con particolare riferimento al decorso post-operatorio realizzato nella propria abitazione.

La prima ricerca Masera G, (2001) presentata all'11° Corso Nazionale di Aggiornamento per Infermieri dell'Area Chirurgica Ospedale San Carlo Borromeo Milano, fa riferimento ad uno studio eseguito su pazienti operati in regime di Day Surgery di patologia tiroidea, la seconda ricerca Masera G, (2002) presentata al Convegno internazionale di Flebologia svoltosi a Salsomaggiore (Pr) approfondisce lo studio in relazione all'intervento di varici agli arti inferiori in particolare relativamente al decorso post-operatorio.

1. Impatto psicologico nel trattamento in Day Surgery della chirurgia endocrina.

La ricerca italiana psico-sociale sino ad ora effettuata in ambito di Day Surgery è ancora poco praticata; il tentativo che ho cerca-

to di realizzare attraverso questa indagine esplorativa, (ispirandomi al percorso di ricerca elaborato da Leventhal, Meyer, Nerenz, 1980, sulla rappresentazione mentale della malattia) è quello di verificare, pur nella esiguità del campione, quanta informazione possieda il paziente a proposito della chirurgia in Day Surgery e quali le emozioni e i sentimenti messi in gioco di fronte ad un trattamento chirurgico endocrino in regime di Day Surgery. Nell'ambito delle relazioni di aiuto sono costantemente in gioco le emozioni, i sentimenti, gli atteggiamenti interpersonali. Questi "movimenti interni" si manifestano a volte consapevolmente, più spesso non consapevolmente, influenzando in modo significativo l'interazione con i nostri interlocutori.

Queste considerazioni richiamano il problema della **competenza comunicativa** delle figure professionali che svolgono il loro intervento nelle relazioni di aiuto; tale competenza è troppo spesso considerata puramente frutto di doti spontanee, "naturali" della persona, si ritiene inoltre che essa sia qualcosa di abbastanza "ineffabile" non definibile sul piano operativo e non influenzabile attraverso specifici interventi di formazione e addestramento. Ciò è dimostrato dal fatto che il curriculum formativo delle varie figure professionali che operano in questi settori (sociale, educativo, sanitario) non prevede specifici interventi tesi a costruire o consolidare o migliorare la competenza comunicativa. Eppure lo strumento cruciale dell'intervento professionale nell'ambito delle relazioni di aiuto è proprio rappresentato dalla capacità e dall'abilità comunicativa.

È attraverso lo strumento del questionario (strumento anonimo e impersonale) che ho cercato di raccogliere le preoccupazioni, i sentimenti, le aspettative dei pazienti di fronte ad un evento unico e irripetibile per ciascuno di essi. La ricerca si è confrontata con alcuni studi anglosassoni sul tema della Day Surgery, in particolare con il lavoro di Wicklin, Nancy, Forster, John; The effects of a personal versus a factual approach videotape on the level of preoperative anxiety of same day surgery patients, tratto da: Patient Education and Counseling, 1994, Jun, vol 23.

Ipotesi analitica: la Day Surgery provoca, riducendo i tempi di degenza, un impatto emotivo positivo sui pazienti rispetto alla chirurgia tradizionale.

Obiettivo: rilevare il grado di consapevolezza che il paziente ha del ricovero in regime di Day Surgery e verificare a livello emozionale come affronterà l'esperienza del ricovero, della dimissione e della degenza.

Metodologia: il campione utilizzato comprende 15 soggetti classificati per età sesso e professione, che subiranno entro breve tempo un intervento di Chirurgia endocrina.

Strumento utilizzato: l'indagine si realizza attraverso un questionario costituito da 5 domande chiuse ed una aperta. Il questionario è stato distribuito nella fase di pre-ricovero dalle Infermiere addette al servizio e restituito dopo la compilazione alle stesse Infermiere

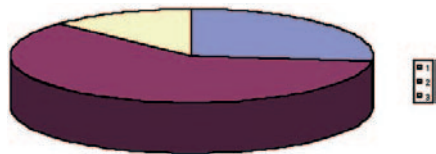
Presentazione dei dati

Età degli intervistati compresa fra i **22 e 79 anni**.

Maschi **3**

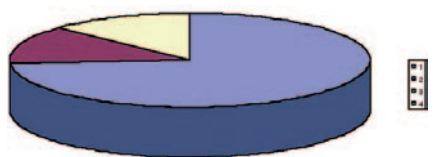
Femmine **12**

1. Conosce il significato del termine Day surgery?



Si 27 %
Non risponde 13%
No 60%

2. Come valuta la riduzione dei tempi nei percorsi legati all'esecuzione del suo intervento (pre-ricovero, degenza breve, dimissione protetta)



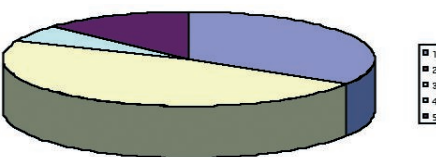
Positiva 74%
Indifferente 13%
Negativa 13%
Altra valutazione 0%

3. Pensando al suo intervento chirurgico quali sono i sentimenti di preoccupazione maggiore legati all'esecuzione dell'intervento stesso?



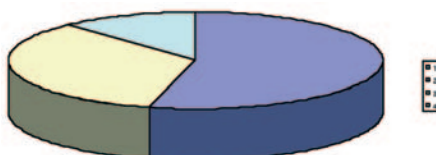
Angoscia 28%
Paura 60%
Tristezza 6%
Altro 6%

1. Come immagina invece il dopo intervento e in particolare il momento della dimissione che avverrà in tempi molto brevi?



Con serenità 34%
Con fiducia nei confronti dell'istituzione ospedaliera che rimarrà punto di riferimento costante nel periodo di degenza 47%
Con inquietudine 6%
Con dubbi ed incertezze 13%

2. Il fatto che la degenza si realizzerà nel suo luogo abitativo la fa sentire:



Meglio 54%
Indifferente 34%
Non risponde 12%
Peggio 0%

3. La possibilità di un ricovero breve può fornire vantaggi. Sa indicarne qualcuno?

- Rassicurazione nell'ambiente familiare,
- Riprendersi più in fretta dall'intervento,
- Minore attesa nelle liste operatorie.,
- Stare lontano da casa meno possibile
- Minore disagio personale

Discussione dei dati

- Alla prima domanda la maggior parte degli intervistati dichiara di non conoscere il significato di Day Surgery, forse un eccessivo utilizzo in ambito sanitario di terminologia inglese non aiuta una diffusione efficace di nuove modalità organizzative sanitarie.
- Nella seconda domanda il 74% dei pazienti valuta positivamente la riduzione dei tempi di intervento, forse il restante 26% non ha necessità di subire un intervento con una certa urgenza.
- Pensando al proprio intervento chirurgico la paura risulta, dalla terza domanda, il sentimento più frequente e corrisponde al 60%: significativo però anche il 28% relativo all'angoscia sentimento molto forte ed inquietante.
- Il dopo intervento è pensato invece con serenità 34% e con fiducia nei confronti della struttura ospedaliera 47%; complessivamente quindi atteggiamenti positivi nei confronti di una dimissione a breve tempo.
- Alla quinta domanda il 54% dei pazienti risponde che pensare la degenza realizzata nella propria abitazione fa sentire meglio, significativo però risulta anche il 34% che risponde indifferente ed il 12% che non risponde affatto. Questo dato ci porta a considerare che quasi la metà dei pazienti intervistati è indifferente e non in grado di valutare se la degenza nel proprio luogo abitativo costituisca fonte di sollievo.
- Alla sesta domanda infine, sono state riportate per intero le risposte fornite. Troviamo, fra coloro che hanno risposto (33%), elencati alcuni vantaggi riportati più volte e relativi alla possibilità di "stare lontano da casa meno possibile" con "minore disagio personale" e "rassicurazione nell'ambiente familiare".

1. Aspetti psicologici nel decorso post-operatorio in relazione all'intervento di varici agli arti inferiori eseguito in Day Surgery.

Gli interventi eseguiti in Day Surgery rappresentano una conquista dei nostri tempi ed una grande realizzazione in campo chirurgico e sociale ma solo se accompagnati da uno stretto controllo post-operatorio. Soltanto questo può rassicurare pienamente il paziente operato che, ritornato al proprio domicilio dopo il breve periodo trascorso nella struttura protetta deve essere messo in condizione di affrontare le ore notturne e i giorni successivi senza timori di complicazioni e senza l'ansia di rimanere solo. Il tentativo che cercherò di realizzare attraverso questa indagine è proprio quello di verificare quanta informazione possieda il paziente a proposito della chirurgia eseguita in Day Surgery ed in particolare quali gli aspetti psicologici ed i problemi prevalenti nel trascorrere il decorso post-operatorio al

di fuori della struttura ospedaliera. La ricerca si è confrontata con alcuni studi anglosassoni in merito al tema della Day Surgery in particolare con: Avis, Mark, Choice cuts: an exploratory study of patients views about participation in decision making in a day surgery unit tratto da International Journal of Nursing Studies, 1994, Jun. Vol 31³.

Ipotesi analitica: la Day Surgery provoca riducendo i tempi di degenza un impatto emotivo positivo sui pazienti rispetto alla chirurgia tradizionale.

Obiettivo: rilevare il grado di consapevolezza che il paziente ha del ricovero in regime di Day Surgery.

Approfondire in particolare la ricerca sul periodo del post-ricovero per capire i problemi, le difficoltà, ma anche le possibilità che questa situazione vissuta al di fuori della struttura ospedaliera comporta.

Metodologia: il campione utilizzato comprende 15 pazienti che verranno sottoposti ad un intervento di Chirurgia vascolare Flebologica agli arti inferiori.

Lo strumento d'indagine si è realizzato attraverso un questionario composto da 7 domande chiuse.

Il questionario è stato distribuito all'ingresso ospedaliero dal personale infermieristico e restituito all'infermiere al primo controllo post-operatorio.

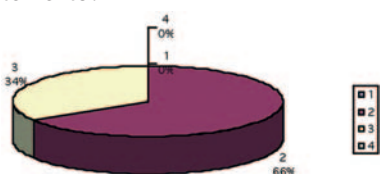
Presentazione dei dati

L'Età degli intervistati è compresa fra i **26 e 62 anni**.

Maschi 5

Femmine 10

1. Per quale motivo si è rivolta al chirurgo che in seguito alla visita le ha consigliato l'intervento?



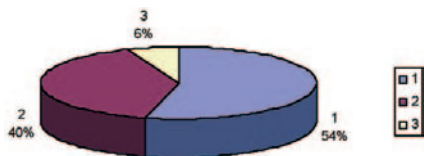
Motivi estetici 0

Dolore agli arti inferiori 66%

Affaticamento agli arti inferiori 34%

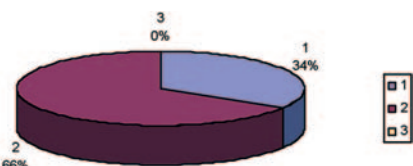
Altro 0

2. L'opuscolo informativo che le è stato consegnato prima dell'intervento si è rivelato utile per comprendere meglio l'intervento che ha affrontato?



Molto 54% Abbastanza 40% Poco 6%

3. Al momento della dimissione ospedaliera quali sono state le sensazioni provate?

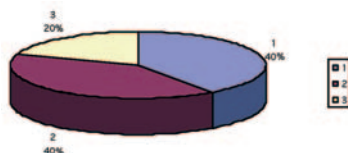


Serenità 34%.

Fiducia nei confronti dell'istituzione ospedaliera che rimane punto di riferimento costante nel periodo di degenza 66%.

Ansia ed inquietudine legati alla paura di non saper affrontare la degenza nel luogo abitativo 0%.

4. Ritiene che le informazioni fornite dal personale medico ed infermieristico sui possibili problemi legati al dopo intervento siano state esaurienti? (per esempio possibilità di comparsa di febbre, dolore alla ferita, secrezione dalla ferita ecc.)

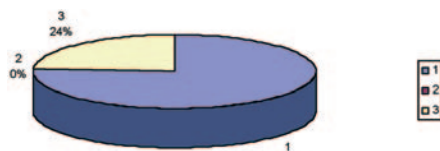


Molto 40%

Abbastanza 40%

Poco 20%

5. Il fatto che la degenza si stia realizzando nel suo luogo abitativo la fa sentire:

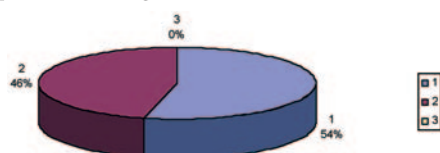


Serena 76%

Preoccupata 0

Indifferente 24%

6. Si sente sufficientemente assistito dalla struttura ospedaliera trascorrendo il periodo di degenza nella sua abitazione?

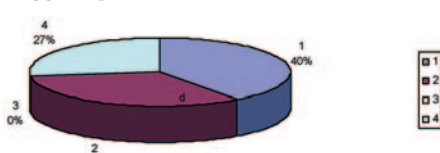


Molto 54 %

Abbastanza 46%

Poco 0%

7. Nei primi giorni dopo l'intervento chirurgico quali disturbi le hanno creato maggiori problemi?



Dolore 40%

Difficoltà nel sopportare la calza elastica 33 %

Febbre 0 %

Altro 27%

Discussione dei dati

- Nelle risposte alla prima domanda del questionario emerge chiaramente che la motivazione fondamentale per cui il paziente si rivolge al chirurgo è legata al dolore e al disagio fisico che questo comporta nella vita di relazione.
- Riguardo all'opuscolo consegnato al paziente durante la prima visita, le rispo-

ste indicano una sostanziale adeguatezza di questo strumento informativo. La percentuale di risposte abbastanza e poco inducono però ad un ripensamento in termini di semplificazione linguistica dell'opuscolo, e alla necessità di una maggiore comunicazione verbale fra l'operatore e l'utente.

- Le risposte in senso positivo alla terza domanda, descrivono un paziente psicologicamente sereno e fiducioso al momento della dimissione. Significativa è l'assenza di risposte negative.
- La quarta domanda inerente il problema comunicativo operatori-paziente, rispecchia nelle risposte il dato rilevato nella seconda domanda. Si ribadisce perciò una maggiore attenzione alla comunicazione verbale nel breve periodo di degenza, rispettando nella relazione operatore-paziente le caratteristiche individuali di ciascun soggetto.
- Le risposte al quinto quesito indicano un'accettazione prevalentemente serena o comunque senza particolari problemi della degenza post operatoria presso la propria abitazione.
- Le risposte alla sesta domanda possono leggersi come un atteggiamento generalizzato di fiducia nei confronti dell'istituzione ospedaliera, anche se la percentuale di risposte abbastanza, può stimolare una riflessione circa l'opportunità di migliorare il servizio.
- Le risposte alla settima domanda ricalcano il normale decorso post-operatorio legato a tale patologia.

Conclusioni

Riflettendo sul tema della Day Surgery e sulla percezione che i pazienti hanno di questa nuova modalità di accesso al servizio sanitario si possono ricavare alcune considerazioni:

- La malattia può essere considerata non solo un oggetto di studio della medicina ma anche un fatto sociale**, le cui manifestazioni e la cui natura variano in funzione delle epoche storiche, delle culture e delle condizioni di vita di una comunità. Parlare della malattia come fatto sociale vuol dire riconoscere che il linguaggio della medicina non copre tutto lo spettro dei significati del dolore. Tutto quello che un malato prova dall'interno in molti casi non si adatta a quanto può essere letto dall'esterno: il significato che il malato attribuisce a quello che sta vivendo non segue i ritmi e le prescrizioni della medicina, il cui sapere viene interpretato e filtrato sulla base di valenze simboliche e di paure che vanno al di là di qualsiasi criterio di razionalità⁸.
- La Day Surgery diffusasi ampiamente negli Stati Uniti e nei paesi anglosassoni, può davvero rappresentare un'opportunità se troverà anche nel nostro paese un riconoscimento culturale diverso attraverso percorsi di sensibilizzazione e occasioni di scambio sinora poco sperimentate. Un elemento fondamentale ad una più ampia accettazione e diffusione della Day Surgery è rappresentato **dall'intensificazione delle relazioni** fra strutture

ospedaliera e rete territoriale. Costruire percorsi integrati, comprensivi di tutte le componenti del servizio sanitario e sociale, costituisce un passaggio imprescindibile al funzionamento del nuovo modello organizzativo.

3. Necessità di ripensare in diversi ambiti: sanitario, sociale, culturale, politico, il **significato della cura e del prendersi cura**. Oltre il paradigma biomedico, è possibile pensare alla cura secondo altre visioni, attribuendole sfumature e gesti capaci di connotarla in maniera diversa. È possibile cominciare a ripensare la cura secondo un'accezione nuova; la cura può essere intesa come una dimensione umana da valorizzare e far circolare, un "bene" per l'umanità.

Per riprendere le parole di Martha Nussbaum filosofa americana: *La questione non è se il prendersi cura debba giocare una parte nel pensiero etico delle donne; esso dovrebbe giocare un ruolo nelle vite di donne e uomini. Se anetteremo scarso valore o scarsa dignità alle persone in condizioni di dipendenza, non saremo capaci di riconoscere dignità al lavoro di coloro che le vestono o le lavano, così come non accorderemo a tale lavoro il riconoscimento sociale che merita*⁹.

Dove prendersi cura dell'altro costituisca un'attività non solo appannaggio di pochi professionisti, ma una disposizione, un atteggiamento che chiama in causa ogni appartenente alla comunità umana. La cura muove e fa circolare altre dimensioni importanti quali: l'attenzione, l'umiltà, la

fiducia, ma soprattutto la responsabilità nei confronti dell'altro che incontro.

In una società fortemente individualista dare e ricevere gesti di cura non è semplice e non è scontato, si impone a volte come necessità, perché la vita attraverso la malattia e la sofferenza ci ricorda il grado di non autosufficienza e di fragilità umana. La cura per riprendere le parole di Marie Collière infermiera francese ha inizio sempre **con un incontro, uno scambio reciproco** fra due persone in cui ciascuna porta all'altra qualcosa di sé, del proprio vissuto della propria storia ed esperienza personale...

*...Come la vita che si è detto bisogna reinventare, così bisogna reinventare le cure, pensando a delle cure che invitano alla vita che ridonano un senso alla vita di coloro che le donano, delle cure che rendono all'uomo la sua vita e la sua morte, permettendo a coloro che assistono come a coloro che ricevono le cure di non nascondere più la propria identità dietro ad un ruolo, ma di poterla far riconoscere di svilupparla ed affermarla*¹⁰.

Bibliografia

1. INGROSSO M. *La salute come costruzione sociale*. Franco Angeli, Milano, 1994
2. MITCHELL M. *Patients' perceptions of day surgery: a literature review*. *Ambulatory Surgery* 7 (1999) 65-73
3. DOMAR AD ET AL. *The pre-operative use of the relaxation response with ambulatory surgery patients*. *J Hum Stress* 1987;3:101-7
4. PARSONS EC, ET AL. *Peri-operative nursing car-*

ing behaviorus. *Assoc. Room Nurs J*, 1993;57(5):1106-14

5. COZARELLI C. *Personality and self efficacy as predictors of coping with abortion*. *J Pets Soc Psych* 1993;65(6):1224-36
6. OBERLE K, ET AL. *Follow up of same day surgery patients: a study of patient concerns*. *Assoc Oper Room Nurs J* 1994;59 (5),1016-1018;1021-1025
7. AVIS M. *Choice cuts: an exploratory study of patients' views about participation in decision-making in a day surgery unit*. *Int J Nurs Stud* 1994;31 (3):289-98.
8. ZAMPERINI A. *Psicologia sociale della responsabilità: giustizia, politica, etica e altri scenari*. Torino, UTET, 1998.
9. NUSSBAUM M. *Giustizia sociale e dignità umana*, Bologna, Il Mulino, 2002, pag. 47
10. COLLIÈRE M. *Aiutare a vivere*. Milano, Ed. Sorbona, 1991

Abstract

Medical and pharmacological advances in surgery have contributed to the current and continued growth of day surgery in the world. In this article, I will discuss how nursing practice needs a reflection about to care in day surgery throughout two nursing researches about Patient's perceptions of day surgery. The main themes that emerges relate to nursing practice; information provision, experiences within day surgery and recovery at home. The future growth of day surgery will depend in part, from the public acceptance and in part from how to take care will expand especially through emotional feelings.

Key words: Day Surgery, Nursing practice/s, Research, To care.

L'infermiere nel Day-Hospital Oncoematologico

MariaGrazia Candeo, coordinatrice presso Day Hospital Oncoematologico "Azienda Sanitaria Nazionale SS. Antonio e Biagio" - Alessandria
Fadda Barbara, Infermiera presso Day Hospital Oncoematologico in possesso di diploma di master di coordinamento delle professioni sanitarie "Azienda Sanitaria Nazionale SS. Antonio e Biagio" Alessandria

Riassunto

Il day-hospital oncoematologico è contraddistinto da una spiccata complessità assistenziale, giacché la malattia tumorale, per la sua natura degenerativa coinvolge e mette in crisi tutto il "sistema uomo".

Il ruolo degli infermieri che prestano servizio presso questa tipologia di ambulatorio, altamente specialistico, risulta essere molto complesso per la molteplicità delle competenze a loro richieste. Sono quindi indispensabili adeguate conoscenze teoriche, una buona abilità tecnica, ma soprattutto tanta professionalità ed una organizzazione in grado di soddisfare le esigenze dei pazienti che del personale.

Parole chiave: Complessità assistenziale, Assistenza infermieristica, Organizzazione.

Il Day-Hospital qui di seguito menzionato è quello Oncoematologico presente all'interno dell'Azienda Ospedaliera "Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria. Poche righe per spiegare il ruolo degli infermieri che prestano il loro servizio presso un ambulatorio altamente specialistico, contraddistinto da una spiccata complessità assistenziale, giacché la malattia tumorale, per la sua natura degenerativa coinvolge e mette in crisi tutto il "sistema uomo".

I processi produttivi del Day-Hospital Oncoematologico, sono caratterizzati da un'insieme di attività fra loro correlate, che mirano a garantire la diagnosi e la cura del paziente.

Il Day-Hospital Oncoematologico è stato inaugurato nell'anno 2001, ma solo in seguito alla richiesta volontaria e all'ottenimento della Certificazione in base alla norma UNI EN ISO 9001:2000 nel 2003, con l'intento di offrire una garanzia di qualità ai potenziali clienti, sono migliorate:

- le capacità di controllo e verifica dei processi critici
- l'organizzazione
- la garanzia assistenziale
- la cooperazione, l'integrazione e la comunicazione tra le persone
- l'addestramento e il coinvolgimento sistematico del personale ai fini del miglioramento della qualità del servizio

Nel corso del processo volto ad ottenere la certificazione, l'unità richiedente ha pro-

dotto una serie di documenti i quali, basati sull'analisi dei processi, mirano a contribuire ad un sistema coerente di gestione della qualità.

Il processo volto ad ottenere la Certificazione e il possesso della stessa è stato un motivo di crescita per il Day-Hospital Oncoematologico.

L'atteggiamento mentale e organizzativo nei confronti della certificazione è stato

Note

¹ Definizione formulata dall'American Nurses Association (1980)

² Momenti della pratica infermieristica (analisi e identificazione dei problemi del paziente, programmazione e attuazione degli interventi, valutazione dei risultati)

percepito non come un mero ottenimento del solo "certificato di qualità" in quanto tale, ma anche come strumento per avviare un nuovo modo di gestire secondo l'ottica del miglioramento continuo, colmando in questo modo la carenza documentale e formativa riscontrata nel periodo antecedente.

Infatti in questi anni siamo riusciti a velocizzare e snellire la normale routine lavorativa, pianificando sia il lavoro degli infermieri, sia il turn over dei pazienti, tenendo fermo il tentativo di lavorare con maggior professionalità da parte di tutto il personale in modo che si possa garantire una sempre migliore assistenza e miglior qualità di vita.

Attualmente il DH opera dal lunedì al venerdì di tutti i giorni feriali dalle ore 8 alle ore 18,42; l'organico del personale che vi presta servizio è costituito da: 1 Coordinatore, 9 Infermiere, 1 OTA, 4 Ausiliari.

È la struttura dove vengono eseguite la maggior parte dei trattamenti oncologici e delle terapie di supporto (es: terapie nutrizionali, trasfusionali ecc.), alcune prestazioni miniinvasive quali toracentesi, paracentesi, aspirati midollari, biopsie ossee ed inoltre tutti i trattamenti antitumorali di tipo farmacologico, incluse le terapie ad alte dosi ed i trattamenti integrati chemio-terapia-radioterapia.

L'ematologia e l'oncologia sono in grado di coordinare tutto il processo diagnostico necessario alla determinazione del tipo di malattia neoplastica e non, ed alla sua estensione (stadiazione).

Per fare questo le strutture operative si avvalgono della collaborazione di tutte le strutture diagnostiche presenti all'interno dell'Azienda Ospedaliera e della collaborazione dei vari reparti (es: chirurgia, anatomia patologica ecc).

Gli infermieri e l'assistenza nel day hospital oncoematologico:

La definizione di assistenza infermieristica - "diagnosi e trattamento delle modalità di risposta dell'essere umano a problemi medici in atto o potenziali" riflette in pieno l'operato infermieristico in ambito oncologico.

Il piano di assistenza infermieristica è lo strumento applicativo del processo di assistenza, che a sua volta rappresenta la "forma di pensiero" dell'infermiere.

Ovviamente, per poter svolgere un piano di assistenza è necessario utilizzare la cartella infermieristica, la quale permette di ottimizzare e rendere individuale l'assistenza infermieristica, ma soprattutto sono necessarie agli operatori le conoscenze specifiche circa le problematiche legate ai contesti operativi e alle patologie trattate. Ogni infermiere deve saper approcciare, attraverso i momenti fondamentali della pratica infermieristica², i problemi critici di comune riscontro nel trattamento dei tumori, rappresentati in particolare da:

- Nausea e vomito-disturbi intestinali
- Mielodepressione-granulocitopenia, piastrinopenia, anemia
- Mucosite
- Alopecia
- Astenia, anoressia
- Infezioni
- Dolore
- Problemi psicologici

- *Complicazioni e tossicità a diversi organi e/o apparati.*

Importante ricordare che le competenze infermieristiche in ambito oncoematologico riguardano anche la corretta manipolazione e somministrazione dei chemioterapici, oltre alla gestione appropriata degli accessi vascolari, sia centrali che periferici. Presso il Day Hospital Oncoematologico si somministrano circa 6000 cicli di chemioterapia ogni anno.

La manipolazione e somministrazione dei farmaci chemioterapici nel Day-Hospital Oncoematologico è compito quasi esclusivo degli infermieri, che spesso sono costretti a contrastare gli effetti collaterali degli antitumorali.

Lo stravasato di chemioterapici è un'emergenza oncologica che chiunque somministri tali farmaci può trovarsi ad affrontare. Pertanto gli infermieri che prestano servizio presso il Day-Hospital Oncoematologico devono avere adeguate conoscenze riguardo la tossicità locale dei farmaci stessi, in modo che possano attuare interventi infermieristici idonei a prevenire o attenuare gli eventuali danni conseguenti allo stravasato.

Per la gravità dell'evenienza, lo stravasato pone problemi di ordine medico-legale, terapeutico, diagnostico e soprattutto profilattico.

Pertanto, presso il Day-Hospital Oncoematologico è necessario:

- avere informazioni riguardo la tossicità locale dei farmaci (istruire e aggiornare il personale attraverso corsi di formazione),
- compilare sempre una scheda di notifica dell'incidente con informazioni dettagliate (es. dati anagrafici paziente, sede di stravasato, stima della dose del farmaco stravasato ecc.); tale scheda è stata redatta dal personale infermieristico del Day-Hospital,
- compilare sempre la denuncia di stravasato (sempre ideata dal personale infermieristico del Day-Hospital) ed inviarne una copia alla Direzione Sanitaria, che provvede all'archiviazione della stessa,
- osservare e seguire le istruzioni operative inerenti la somministrazione dei chemioterapici, la gestione dello stravasato ecc. (la documentazione inerente l'erogazione ed il controllo dell'attività del servizio sono uno strumento utile per facilitare gli operatori, soprattutto per uniformare le modalità operative),
- rivalutare periodicamente la zona interessata dallo stravasato, fino a completa risoluzione del problema.

Adeguate conoscenze teoriche e una buona abilità pratica sono un indispensabile bagaglio facente parte di ogni infermiere che somministra così tanti farmaci antitumorali; infatti per migliorare la tecnica dell'incannulamento venoso mediante catetere venoso periferico, il coordinatore del Day-Hospital ha deciso di fare partecipare il personale infermieristico a corsi dedicati a tale metodica.

Fondamentale è pure il tempestivo riconoscimento e trattamento dello stravasato.

Proprio per agevolare la tempestività dell'intervento infermieristico e non solo, il responsabile del Day-Hospital Oncoematologico ha deciso di assegnare ad ogni infermiere in turno di mattina, due camere di degenza da seguire fino al termine del turno lavorativo. In questo modo la meto-

dologia è essenzialmente centrata sul raggiungimento degli obiettivi orientati sul paziente: l'organizzazione permette all'infermiere di individuare i bisogni del paziente, di pianificarli, di attuare gli interventi e di verificarne l'efficacia.

Lo stretto rapporto dell'infermiere con il paziente, per un arco di tempo sufficientemente ampio (il turno di servizio), fa sì che questo abbia un punto di riferimento con cui parlare e al quale rivolgersi per ogni sua esigenza.

All'interno del Day-Hospital si cerca di applicare il Codice Deontologico stabilendo una certa autonomia infermieristica, rispettando i protocolli, lavorando con costanza e determinazione, svolgendo con professionalità il ruolo dell'infermiere sia dal punto di vista dell'organizzazione sia da quello assistenziale ed umano, lavorando in équipe.

Conclusioni

Come già descritto precedentemente, la malattia neoplastica, oltre alle sofferenze fisiche avvolge i malati in un vortice di emozioni e confusività a cui effetti si manifestano in tanti comportamenti quotidiani che l'infermiere è chiamato ad individuare e gestire, e che costituiscono la testimonianza continua che induce negli infermieri consapevolezza del proprio ruolo. A tal fine e per consentire che gli operatori tragano soddisfazione dal lavoro svolto e ne assumano in pieno una responsabilità personale, rispondendo in questo modo alle aspettative dei pazienti, nel corso degli anni sono stati apportati diversi miglioramenti ogni qualvolta ve ne sia stata necessità, in quanto il processo assistenziale è in continua evoluzione.

Bibliografia

1. BARAGHINI G, TREVISANI B, ROLI L. *Le ISO 9000 in Sanità*. Franco Angeli, Milano 2002
2. SINATRA MG. *La gestione della qualità nelle strutture sanitarie*. Il Sole 24 Ore S.p.A., Milano 2002
3. AIAO Associazione infermieri di Assistenza Oncologica. *Assistenza infermieristica in oncologia*. Masson, Milano 2002
4. AIIO Associazione Italiana Infermieri di Oncologia. *Oncologia e cure palliative*. McGraw-Hill, Milano 2002
5. MOISET C, VANZETTA M. *La qualità nell'assistenza infermieristica* McGraw-Hill, Milano 2006

Abstract

The cancer day-hospital stands out for its marked care complexity, given that cancer's degenerative nature attacks both the body and the mind.

The role of the nurses who operate in this highly specialized department is a very complex one, due to the multiple skills required in caring for the patients.

For this reason, it's necessary that every one of them is highly skilled both theoretically and practically but especially in terms of "professionalism".

Furthermore, it's required the presence of an organization which aims to provide the highest quality treatment for patients and the best possible working environment for the staff.

Key words: Complexity of care, Nursing care, Organization.

La triste storia del Dr. Semmelweis... ovvero l'importanza del lavaggio delle mani

Teresa Rea, Dottore Magistrale, Master in Sanità Pubblica, Infermiera Epidemiologa c/o Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli
Marco Zucconi, Dottore Magistrale, Master in Management Sanitario, Infermiere Coordinatore c/o Azienda Ospedaliera di Perugia.

Riassunto

Attualmente l'igiene delle mani è considerata il fattore più importante nella prevenzione della diffusione dei microrganismi in ambiente sanitario ed è promossa come tale anche dalle direttive dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sul controllo delle infezioni correlate alle procedure sanitarie. Eppure meno di due secoli fa era una pratica quasi sconosciuta negli ospedali, dove molte delle partorienti morivano a causa della febbre puerperale. Nella Vienna della metà dell'Ottocento un giovane medico, il Dr. I. Semmelweis, mise in relazione la comparsa delle febbri con l'abitudine che avevano medici e studenti di passare dalla sala autoptica alla corsia lavandosi solo sommariamente le mani. Dispose allora ferree regole per l'igiene delle mani e le morti per febbre puerperale si ridussero drasticamente, ma i suoi suggerimenti spaventarono la gerarchia medica e fu licenziato. Oggi le infezioni ospedaliere sono ancora un danno incredibile, eppure attraverso un corretto lavaggio delle mani, soprattutto in ambiti a forte rischio come la terapia intensiva, la propagazione di molte infezioni può essere controllata, con un ottimo rapporto costo-beneficio. Per facilitare tale pratica sono stati recentemente messi a disposizione degli operatori sanitari anche preparati idro-alcolici per il lavaggio "a secco", che permettono una valida igiene anche quando non si ha acqua e sapone a disposizione. L'articolo vuole sottolineare l'importanza di un atto semplice ma spesso sottovalutato, come la corretta igiene delle mani.

Parole chiave: Dr. Semmelweis, igiene delle mani, infezioni ospedaliere, asepsi, gel idro-alcolico.

Una triste storia introduttiva

Per secoli il lavaggio delle mani con acqua e sapone è stato considerato una semplice pratica di igiene personale, mentre l'associazione tra igiene delle mani e insorgenza di malattie infettive è stata dimostrata solo negli ultimi centocinquanta anni. Il merito di tale scoperta lo si deve principalmente a Ignác Fülöp Semmelweis, anche se a onor del vero a Boston il Dr. Oliver Wendell Holmes era giunto a conclusioni simili. Entrambi stabilirono che malattie correlate all'ospedalizzazione, quali la febbre puerperale e la suppurazione delle ferite, oggi unanimamente riconosciute essere causate da agenti infettivi, erano trasmesse attraverso le mani degli operatori sanitari. Ma è proprio la triste storia del Dr. Semmelweis, rappresentando un caso emblematico della chiusura del mondo scientifico di fronte alle nuove scoperte, che ha portato alla diffusione dell'asepsi in ambito sanitario. I. Semmelweis nacque a Pest (parte della moderna Budapest) nel 1812, figlio di un droghiere di origine austriaca. Ottenne la laurea in medicina nella primavera del 1844, dopo esser stato studente del grande clinico Joseph Skoda, che fu suo amico per tutta la vita. Nel 1846 si specializzò in ostetricia e venne assunto come assistente del prof. Josef Klin, all'Allgemeines Krankenhaus di Vienna, nella I Divisione della Clinica di maternità. A quell'epoca una terribile malattia, conosciuta come "febbre puerperale" e caratterizzata da dolore, malessere generale, febbre elevata, decimava letteralmente le pazienti ricoverate in quel reparto, così come in altri reparti europei ed americani. Semmelweis era ossessionato da queste morti così frequenti e la cosa che più lo disorientava era la constatazione che nella II Divisione della Clinica dello stesso ospedale, gestita non da medici ma esclusivamente da ostetriche e diretta dal prof. Barch, la mortalità per febbre puerperale era molto più bassa, intorno all'1%, contro almeno un 13% del suo padiglione (con picchi anche del 25%). La presenza di un numero di morti molto più elevato nella I Divisione rispetto alla II Divisione aveva già allarmato le autorità pubbliche e quelle mediche, che avevano

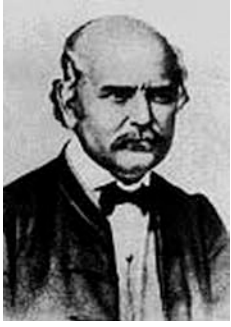
provveduto alla nomina di diverse commissioni per studiare tale tragico fenomeno. Una di queste aveva osservato che la malattia era più frequente tra le donne visitate dagli studenti di medicina, in particolare quelli stranieri, più rudi ed inesperti. Fu quindi vietato l'accesso alla clinica a tutti gli studenti non nativi di Vienna, ma senza apprezzabili risultati. Per cercare conferme nella tesi della commissione Semmelweis arrivò a scambiare le "levatrici" che facevano il tirocinio da Barch con gli studenti di Klin. La morte seguì gli studenti e le statistiche si invertirono, tanto che Barch, sconvolto, rimandò gli studenti nella I Divisione e si riprese le sue "levatrici". Semmelweis scoprì che medici e studenti passavano lunghe ore ad eseguire autopsie e poi, soltanto con una "pulita alle mani", andavano a visitare le donne ricoverate. Ipotizzò allora che erano le "particelle cadaveriche" che facevano diffondere l'infezione ed ordinò che tutti (compreso lo stesso Klin) si lavassero accuratamente le mani. Ciò provocò le ire di Klin, che revocò l'incarico a Semmelweis, il quale se ne andò per qualche mese in Italia, a Venezia. Fu poi richiamato e riammesso, stavolta alla Clinica del Prof. Barch, grazie all'intercessione Prof. Skoda, ma una triste notizia lo colse: il professore di anatomia Kolletchka (suo amico) morì in seguito ad una involontaria puntura fattasi durante una dissezione, con una serie di segni e sintomi uguali a quelli della febbre puerperale. Non potendo vedere le "particelle cadaveriche", per cercare di fermarne la diffusione, ipotizzò una sorta di "deodorazione" delle mani, con cloruro di calcio, prima di ogni contatto con le parti intime delle pazienti, da parte di tutti i sanitari, e ripeté lo scambio tra studenti e ostetriche. A questo aggiunse la disposizione che tutte le partorienti cambiassero le lenzuola sporche con altre pulite. Questa volta la morte non seguì gli studenti e la febbre si mantenne ai bassi livelli, come quando erano le ostetriche ad assistere le gestanti. Questi dati avrebbero potuto suscitare se non entusiasmo almeno interesse o curiosità, invece gli attirarono gelosia, invidia e risentimenti vari. Tranne pochi amici, l'intera classe medica viennese (e quella di altre città europee che Semmelweis cercò di coinvolgere) non accettò che la causa di tante morti poteva risiedere proprio nelle mani di coloro che "dovevano curare". Il suo nuovo diretto-

trovava irritanti le iniziative di questo straniero ungherese, che si arrogava il diritto di emanare disposizioni che non gli competevano, offensive per il personale (l'obbligo di lavarsi le mani) ed onerose per le pazienti (cambio delle lenzuola) e nel 1849 non gli fece rinnovare il contratto. A Semmelweis non restò che tornare a Pest, e dopo un periodo burrascoso, iniziò a lavorare nella maternità dell'ospedale San Rocco. Ma nemmeno lì, dove veniva considerato un arrogante e presuntuoso viennese che imponeva con prepotenza le proprie disposizioni (che comunque ridussero la mortalità per febbre puerperale sotto l'1%), le cose andarono bene e peggiorarono quando nel 1861 pubblicò un trattato su "L'etiologia, i sintomi e la profilassi della febbre puerperale". Era un testo voluminoso, ripetitivo, scritto in modo confuso e poco documentato, ma soprattutto violentemente polemico nei confronti della scienza ufficiale. Questa si vendicò attaccandolo in modo sistematico, continuo e definitivo. Semmelweis non ebbe più la forza di reagire e cadde in depressione, poi cominciò a dare segni di squilibrio mentale al punto che i familiari lo internarono in un manicomio viennese. Il 16 agosto del 1865, a 47 anni di età Semmelweis morì, forse per un'infezione contratta ferendosi alcuni giorni prima del suo internamento, durante l'autopsia di una donna deceduta per febbre puerperale. Questa è la tristissima storia di I. Semmelweis, "padre" dell'asepsi, benefattore dell'umanità, che non fu onorato in vita, bensì deriso, emarginato e perseguitato fino alla morte, come l'ha principalmente descritta nella sua tesi di laurea in medicina quello scrittore irregolare ma ricco di talento che fu Céline (pseudonimo di L. F. Destouches, 1894-1961).

La situazione odierna

Purtroppo la storia della corretta igiene delle mani continua, una storia iniziata oltre 150 anni fa, ma che non ha ancora dato i risultati sperati, tanto che





se ne parla in maniera pressante. Per combattere la diffusione delle infezioni ospedaliere, che hanno un importante impatto sulla salute umana e colpiscono milioni di persone nel mondo ogni anno, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e i

suoi partner hanno lanciato nell'ottobre 2005 il programma "Global Patient Safety Challenge", con il tema "Clean Care is Safer Care" (traducibile come "un'assistenza pulita è un'assistenza più sicura"). Per realizzare il proprio obiettivo, l'OMS ha stilato tutta una serie di raccomandazioni. In primis, sono stati pensati interventi di carattere organizzativo, volti a favorire il lavaggio delle mani con gel idro-alcolici, che garantiscono una pulizia efficace in un tempo ridotto, un accesso frequente ad acqua pulita, sapone e salviette monouso, e un uso corretto dei guanti. In secondo luogo, si è puntato a formare gli operatori, rendendoli maggiormente consapevoli dell'importanza di queste problematiche e istruendoli a seguire le buone prassi delineate. Infine, una componente essenziale viene ravvisata nell'instaurazione di un clima propizio alla sicurezza del paziente e alla qualità delle cure. Molti studi, condotti nel corso degli ultimi 40 anni, hanno infatti confermato l'importante ruolo che le mani degli operatori sanitari giocano nella trasmissione dei patogeni implicati nelle infezioni associate alle procedure sanitarie. Anche nel contesto comunitario l'igiene delle mani è riconosciuta essere un'importante misura per prevenire e controllare le malattie infettive e può significativamente ridurre l'insorgenza. Ciò malgrado, l'adesione alle regole di un idoneo lavaggio delle mani in ambito sanitario è ancora piuttosto bassa, attestandosi non oltre il valore medio del 40%. Per citare alcuni dati nazionali in merito alle infezioni ospedaliere, il 5-8% dei pazienti che si ricoverano annualmente sviluppa un'infezione correlata alle procedure sanitarie e di questi uno su cento muore. In base a questi dati si possono stimare annualmente in Italia tra le 450.000 e le 700.000 infezioni, con 4500-7000 decessi correlati. Numerosi studi hanno però dimostrato che l'applicazione di un efficace piano di sorveglianza e controllo e l'adozione di idonee misure di prevenzione di base, come il lavaggio delle mani, possono ridurre di almeno il 30% le infezioni (significa salvare ogni anno 1350-2100 persone), con la riduzione proporzionale anche dei costi legati al trattamento farmacologico, alle giornate di degenza, all'impatto sociale legato all'inabilità dei soggetti coinvolti e ai risarcimenti in seguito a contenziosi. Storicamente, già nel 1938 Price suggerì che la flora batterica presente sulle mani può essere divisa in due categorie, quella residente e quella transitoria. La flora residente, stabilmente localizzata sotto le cellule superficiali dello strato corneo e sulla superficie dell'epidermide, non è generalmente associata a processi infettivi, tuttavia può essere responsabile di infezioni opportunistiche, soprattutto in soggetti con ridotte difese immunitarie. La flora transitoria, che colonizza superficialmente le mani è facilmente rimovibile tramite il lavag-

gio semplice ed i microrganismi che la compongono non si moltiplicano (se non sporadicamente) ma vi possono permanere anche per diversi minuti. È stato però appurato che le mani di alcuni operatori possono divenire persistentemente colonizzate da microrganismi patogeni quali *S. aureus*, bacilli gram-negativi o lieviti. Comunque, la trasmissione di patogeni associati all'ambiente sanitario da un paziente all'altro tramite le mani degli operatori sanitari richiede il realizzarsi di cinque eventi sequenziali:

- *Presenza di microrganismi sulla cute del paziente o sugli oggetti ad esso circostanti.*
- *Trasferimento degli organismi sulle mani degli operatori sanitari.*
- *Capacità degli organismi di sopravvivere sulle mani per almeno diversi minuti.*
- *Omissione o inappropriata del lavaggio delle mani o dell'agente usato.*
- *Contatto diretto delle mani contaminate dell'operatore con un altro paziente o con oggetti che vengono a contatto con il paziente.*

È poi evidente che fattori quali il tipo di microrganismo, la sua quantità, le caratteristiche delle superfici contaminate e contaminabili ed il livello di umidità presente influenzano pesantemente la diffusione dei patogeni tra un paziente e l'altro. Nell'ambito della terapia intensiva, dove il paziente è di fatto totalmente dipendente dagli operatori, portatore spesso di cateteri, ferite e drenaggi, sottoposto a ventilazione assistita, e con attività assistenziali lunghe e ripetute, la probabilità che si verifichi un'infezione correlata alle attività assistenziali è altissima, nonostante il massiccio impiego della terapia antibiotica, (a volte in modo inappropriato). Malgrado le pratiche igieniche, le regioni perineali e inguinali del paziente tendono ad essere le più pesantemente colonizzate, ma anche le ascelle, il tronco e le estremità superiori, comprese le mani, possono essere frequentemente interessate da batteri quali stafilococchi e enterococchi. La permanenza in terapia intensiva favorisce spesso anche lo sviluppo di infezioni sostenute da bacilli gram-negativi e miceti. Inoltre, poiché la cute disperde continuamente squame, gli indumenti del paziente, la biancheria del letto, i mobili vicino al letto e altri oggetti nelle immediate vicinanze del paziente vengono contaminati dalla sua flora. L'uso dei guanti, senza il lavaggio delle mani riduce solo in piccola misura il problema. E poi interessante riportare alcuni tratti emersi da autorevoli ricerche svolte sull'argomento:

- *Gli infermieri, a parità di indicazioni al lavaggio, si lavano le mani più dei medici.*
- *I maschi ricorrono all'igiene delle mani meno delle femmine.*
- *Nelle terapie intensive (paradossalmente) l'igiene delle mani è praticata meno che nei reparti di medicina.*

Gli elementi principali che determinano una bassa adesione all'osservanza dell'igiene delle mani sono da ricercarsi in diversi fattori, tra cui:

- *Scetticismo sull'efficacia, supportato dalla convinzione che l'uso dei guanti possa sostituire il lavaggio delle mani;*
- *Mancanza di tempo, sovraccarico di lavoro e "cronica" mancanza di personale;*
- *Irritazione cutanea preesistente o causata da alcuni prodotti antisettici;*
- *Inaccessibilità/assenza di lavandini, di*

distributori di prodotti per l'igiene delle mani, mancanza di carta per l'asciugatura. Malgrado non esistano molti studi randomizzati in proposito, vi è evidenza che l'antisepsi delle mani riduce l'incidenza di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. La prima linea guida sulle pratiche di igiene delle mani fu pubblicata negli anni '80 negli Stati Uniti ed è stata seguita da molte altre. Le prime raccomandazioni in merito al lavaggio delle mani suggerivano di lavare le mani con acqua e sapone prima e dopo il contatto con il paziente per almeno uno o due minuti, mentre il frizionamento con agenti antisettici senza l'uso di acqua era considerato meno efficace ed era raccomandato solo in situazioni di emergenza e nell'impossibilità di accedere ad un lavandino. Solo successivamente linee guida americane, a seguito della pubblicazione di studi più dettagliati circa l'impiego delle soluzioni idroalcoliche, per le quali non è necessario il risciacquo con acqua, ne hanno esteso l'uso ad altre situazioni. Adirittura nel 1996 i Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e lo Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) hanno introdotto la raccomandazione dell'impiego di saponi antimicrobici o delle soluzioni antisettiche da usarsi senz'acqua per il lavaggio delle mani prima di lasciare le stanze di pazienti colonizzati da microrganismi resistenti agli antibiotici quali gli enterococchi vancomicina-resistenti (VRE) e *Staphylococcus aureus* meticillina-resistenti (MRSA). Finalmente la linea guida CDC/HICPAC sull'igiene delle mani diffusa nel 2002 definisce l'applicazione dei prodotti a base idro-alcolica come standard di riferimento per l'igiene delle mani nelle strutture assistenziali. Le recenti linee guida dell'OMS per il controllo delle infezioni offrono una più dettagliata analisi delle procedure di antisepsi idro-alcolica e suggeriscono che l'igiene delle mani possa essere efficacemente assicurata sia dal lavaggio semplice delle mani che dalla frizione alcolica, senza utilizzo di acqua, senza evidenziare un significativo vantaggio dell'una o dell'altra tecnica.

Come lavarsi le mani

Vale comunque ora la pena di ricordare i vari tipi di lavaggio previsti per l'igiene delle mani, ma prima è fondamentale ricordare che gli operatori sanitari devono tenere le unghie corte e ben curate, senza smalto e non devono indossare, durante il servizio, anelli e orologi. La cute delle loro mani deve essere integra e non presentare ferite ed escoriazioni. Inoltre, la temperatura dell'acqua per il lavaggio consigliata è di 37 °C, poiché a temperature inferiori si ha un vasocostrizione e un restringimento dei pori che impediscono la penetrazione del sapone e dell'antisettico; viceversa, temperature superiori possono provocare irritazione cutanea nonché il passaggio in superficie di germi residenti in profondità. Infine grande attenzione va posta riguardo i rubinetti, che possono essere colonizzati da agenti patogeni; in mancanza di dispositivi a gomito, a pedale o automatici, vanno chiusi utilizzando una salvietta monouso.

Lavaggio sociale: Serve ad allontanare fisicamente lo sporco e la maggior parte della flora transitoria della cute. La procedura prevede l'energico sfregamento di tutte le superfici cutanee delle mani con un normale



• Costo, a pari caratteristiche.

L'introduzione di un gel idro-alcolico, affinché sia comunemente impiegato per l'igiene delle mani, deve essere accompagnata da una campagna di comunicazione e formazione. Anzi, sarebbe auspicabile che tale campagna origini proprio dai percorsi universitari per gli operatori sanitari.

sapone, per almeno 20-30 secondi, seguito dal risciacquo sotto un getto d'acqua e asciugatura con salvietta monouso.

Lavaggio antisettico: si esegue con l'obiettivo di rimuovere e distruggere la flora transitoria e di ridurre quella residente, attraverso l'utilizzo di un sapone antisettico. La durata del lavaggio costituisce un fattore importante non solo a causa dell'azione meccanica ma anche per ottenere una durata del contatto sufficiente affinché l'antisettico possa agire, ed è determinata dal tipo di prodotto impiegato (in genere intorno al minuto). Seguirà il risciacquo e l'asciugatura con salvietta monouso.

Lavaggio chirurgico: si esegue con l'obiettivo di rimuovere e distruggere la flora transitoria e di ridurre fortemente e rendere innocua la flora residente attraverso l'utilizzo di una soluzione antisettica, garantendo un certo tempo di contatto del prodotto disinfettante e frizionando accuratamente la cute, anche attraverso apposite spugne imbevute di antisettico. Tra i fattori che influenzano l'efficacia del lavaggio chirurgico ci sono: la scelta dell'agente antisettico, la tecnica di lavaggio, la durata, le condizioni delle mani, le modalità per asciugarle e di indossare i guanti. La durata del lavaggio chirurgico, perché sia veramente efficace, non deve essere inferiore a 4-5 minuti, così come è stato dimostrato da numerosi studi. Fondamentale l'asciugatura finale con salviette sterili.

Frizione alcolica: si esegue con l'obiettivo di distruggere la flora transitoria attraverso il frazionamento di tutte le superfici cutanee delle mani, con una piccola quantità di soluzione antisettica alcolica (3/6 ml), senza l'utilizzo di acqua e sapone, fino alla sua completa evaporazione (in genere in 30/45 secondi). Non va eseguita quando le mani sono visibilmente sporche, perché in presenza di materia organica l'alcol perde una parte della propria attività disinfettante.

Stante la validità di quest'ultima metodica, prima di introdurre un preparato alcolico nelle unità operative è necessario effettuare una ricerca sui preparati attualmente in commercio, per valutarne i requisiti.

I requisiti di selezione di base sono i seguenti:

- **Attività antibatterica:** concentrazione alcolica tra 60 e 70%.
- **Tipo di formulazione:** formulazioni che non necessitano di diluizione e scelta del gel rispetto alle soluzioni, poiché queste ultime tendono a gocciolare.
- **Presenza di sostanze emollienti ed idratanti.**
- **Assenza di effetti collaterali per l'uomo e di effetti tossici per l'ambiente.**
- **Appartenenza alla categoria "infiammabile" e non "altamente infiammabile", per una maggior sicurezza d'impiego.**
- **Autorizzazione Ministeriale come Presidio Medico Chirurgico.**

Un fattore che deve essere tenuto in debita considerazione è il tempo necessario per l'igiene delle mani richiesto all'operatore sanitario. Sebbene si attribuisca la generica mancanza di tempo alla carenza di personale, spesso è proprio la mancanza di prodotti e presidi a disposizione che fa aumentare il tempo da destinare alla pratica dell'igiene delle mani. Aver fuori da ogni stanza di degenza un erogatore a muro di prodotto antisettico alcolico, accompagnato da un cartello che recita "Ti sei lavato le mani?" si è rivelata la strategia vincente per implementare tale pratica, con ovvie ricadute sulla qualità dell'assistenza erogata. Inoltre, preparati monodose da tenere in tasca possono fare la differenza anche in ambiti ospedalieri dove non sono presenti erogatori. Significative esperienze in tal senso sono avvenute, ad esempio, in Toscana, dove il Centro Gestione Rischio Clinico regionale ha fortemente sostenuto l'iniziativa "Le mani pulite".

Diffondere la pratica

La responsabilità di effettuare correttamente il lavaggio delle mani spetta a tutto il personale sanitario che effettua procedure assistenziali. A tal fine è importante che ogni Azienda adotti una procedura per la corretta igiene delle mani che si basi su raccomandazioni universalmente riconosciute (es. linee guida CDC/OMS). Il direttore della U.O. deve portare a conoscenza di tutto il personale medico alle proprie dipendenze (strutturato e non) la procedura adottata dall'Azienda. Il direttore della farmacia ospedaliera è responsabile della regolare fornitura di prodotti disinfettanti idonei a tale scopo e riconosciuti scientificamente validi. I coordinatori infermieristici devono portare a conoscenza di tutto il personale alle proprie dipendenze la procedura in questione, devono verificarne l'applicazione e devono assicurare il regolare rifornimento e l'adeguato immagazzinamento dei prodotti necessari. L'infermiere epidemiologo ed il nucleo operativo del Comitato di lotta alle Infezioni Ospedaliere (C.I.O.) verificano, durante la sorveglianza epidemiologica, la corretta esecuzione della procedura. La recente diffusione di malattie sostenute da ceppi multiresistenti ha posto il mondo scientifico dinanzi all'incapacità di controllare questi microrganismi, riportando fortemente l'interesse sul ruolo giocato dalle pratiche igieniche nel prevenire la diffusione di tali patogeni. E se questo può apparire un problema forse poco sentito nel nostro operare quotidiano di infermieri, dobbiamo ricordarci che, soprattutto in terapia intensiva, un minuto del nostro lavoro dedicato alla corretta igiene delle mani, può costituire quella differenza che salverà la vita ad uno di quei 4500/7000 pazienti italiani citati, che muoiono annualmente a causa di un'infezione ospedaliera.

La storia ci insegna che le soluzioni più semplici ed efficaci sono spesso anche quelle meno seguite, a vantaggio di pratiche più "protettive" sul piano clinico (come il massiccio impiego degli antibiotici) che si sono dimostrate purtroppo a volte non prive di rischi (insorgenza di ceppi batterici molto resistenti) e comportano un ingente onere economico, soprattutto di fronte alla strategia, ormai universalmente diffuse, tendenti, se non a ridurre, a controllare la spesa sanitaria. Purtroppo l'igiene delle mani, anche se molto importante, è solo una parte del problema. Il rischio di infezioni non può essere eliminato del tutto, anche con le migliori pratiche. E non possiamo dimenticare che la medicina di oggi prevede interventi più complessi e invasivi rispetto a vent'anni fa, ed il suo progredire è costante. Oggi usiamo misure terapeutiche anche molto forti su pazienti anziani e fragili, sempre più spesso con ottimi risultati. Tutto questo non può essere indenne da rischi, ma l'infermiere, adottando e facendo adottare le semplici regole ricordate, può contribuire in misura importante a ridurre il fenomeno.

Bibliografia

1. NULAND SHERVIN B. *Il morbo dei dottori. La strana storia di Ignác Semmelweis*. Torino, Edizioni Codice, 2004.
2. CÉLINE LF. *Il dottor Semmelweis*. Milano, Adelphi Edizioni, 1975.
3. COLASANTI P, MARTINI L, RAFFAELE B, VIZIO M. (a cura). *La prevenzione delle infezioni ospedaliere*. Roma, Carocci Faber, 2004.
4. ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE. Orientamenti ANIPIO, n. 5, marzo 2003.
5. AA. VV. *Linee guida per l'igiene delle mani nelle strutture sanitarie assistenziali*. Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere, vol. 10, n.2, Aprile-Giugno 2003.
6. REGIONE TOSCANA, CENTRO GESTIONE RISCHIO CLINICO. *Le mani pulite*. <http://www.sanita.toscana.it/sst/grc/normativa/manibookweb.pdf> (ultimo accesso 17 maggio 2008)
7. CENTER OF DISEASE CONTROL. *Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/ SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force* <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf> (ultimo accesso 17 maggio 2008)
8. OMS. *Global Patient Safety Challenge*. http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf (ultimo accesso 17 maggio 2008)
9. OMS. *"Who guidelines on hand hygiene in health care"* http://www.who.int/patientsafety/events/05/HH_en.pdf (ultimo accesso 17 maggio 2008)



Elaborazione della malattia e della morte

Esperienza vissuta da un parente in Terapia Intensiva

Vincenzo Giuseppe Mancino, Terapia Intensiva A.S.O. C.T.O. – C.R.F. Maria Adelaide - Torino

Tutti i giorni, grazie alla nostra professione, viviamo a contatto con la sofferenza, la malattia e la morte delle persone di cui ci prendiamo cura e per alcuni aspetti anche dei parenti. Il termine "grazie" è stato utilizzato volutamente, proprio per sottolineare la fortuna che ognuno di noi ha di vivere esperienze e provare sensazioni uniche ed indescrivibili, in situazioni a volte sicuramente non piacevoli, solo per il fatto di essere Infermieri! Credo non ci sia bisogno di spiegazioni per comprendere ciò che vuole essere il senso di quest'ultima frase.

Come spesso accade, ognuno di noi crea una sorta di barriera/corazza per difendersi dagli "attacchi" a cui siamo sottoposti quotidianamente nello svolgimento della nostra professione, ciò per evitare di "ammalarci" e farci coinvolgere emotivamente sia dalla persona che assistiamo che dai parenti. Proprio su quest'ultimi il mio pensiero si è voluto soffermare, permettendomi di fare considerazioni in merito su come essi vivano, elaborino, metabolizzino e affrontino la nuova situazione di vita in cui si è ritrovato il loro caro, qualunque essa sia: malattia, sofferenza o morte. In questi anni di lavoro mi sono ritrovato svariate volte a contatto con tali situazioni, sia in ambito ospedaliero che extraospedaliero (servizio emergenza urgenza 118); personalmente devo ammettere che, purtroppo, la famosa corazza si è creata anche intorno a me, e molto spesso mi rende o mi fa apparire insensibile rispetto alla situazione tragica che mi si prospetta davanti; da un lato tale atteggiamento sicuramente mi rende più freddo nelle scelte e nell'agire e ciò sicuramente è un bene, sia per me che per la persona coinvolta, dall'altro lato però (quello negativo) non mi permette di capire ciò che è la vera situazione soprattutto emotiva che, sia la persona che i parenti di quest'ultima, stanno vivendo rispetto all'accaduto. Quello di cui sono convinto però, è che ogni persona di cui mi sono preso cura, sia essa ancora viva o morta, dentro di me ha lasciato un qualcosa, quel qualcosa che mi ha aiutato a crescere sia personalmente che professionalmente, e che oggi mi permette di essere fiero del lavoro che faccio: l'Infermiere.

Uno degli episodi che sicuramente mi ha colpito maggiormente e mi ha spinto a scrivere questo articolo è quello di Renzo (nome inventato), un signore di circa settantanni, laureato (non in ambito sanitario; ora pensionato), persona dotata di un'eccellente intelligenza e ottima cultura, sempre molto educato e attento, dai modi di fare sempre molto garbati. Sua moglie Lucia (nome di fantasia), giunge nel reparto di Terapia Intensiva in seguito ad un intervento di neurochirurgia

per exeresi di un meningioma, (ricoverata ormai da circa 90 giorni). Doveroso per comprendere il senso di questo articolo, è un breve riassunto della storia clinica di Lucia:

- nel 2006 riscontrato meningioma + idrocefalo
- 1° intervento neurochirurgico per applicazione valvola magnetica per deliquorazione (buon esito dell'intervento)
- 2° intervento NCH per rimozione parziale meningioma → ricovero in TI (pz giunge in coma)
- 3° intervento NCH per rimozione parziale meningioma (pz sempre in coma dopo l'intervento)
- nei mesi successivi Lucia viene sottoposta ad altri vari interventi neurochirurgici (posizionamento derivazione ventricolare esterna, rimozione valvola magnetica...)
- Lucia in tutto questo periodo ha avuto diverse complicanze, quali: stati infettivi, dipendenza dalle amine per gravi stati di ipotensione, dipendenza dal ventilatore (sia con modalità assistita che controllata), lieve insufficienza renale, focolai broncopneumonici, alterazioni ormonali....

Tutto questo per far comprendere la complessità clinica ed assistenziale di Lucia, la quale per tutto il periodo di degenza è rimasta in uno stato di coma non indotto farmacologicamente.

In tutto questo, una persona a mio avviso che ha e sta giocando un ruolo fondamentale è Renzo, il marito di Lucia. Persona molto attaccata alla moglie, molto fiducioso del nostro operato, non c'è giorno in cui non venga a trovare la moglie. Pochi giorni fa le ha comperato un nuovo apparecchio acustico di ultima generazione, con la speranza che con quest'ultimo Lucia possa sentire meglio (già affetta da ipoacusia, aggravata sicuramente dall'evoluzione del tumore), e devo ammettere che appena applicato, al richiamo verbale c'è stato un lieve accenno nell'apertura degli occhi (risposta involontaria? Ha veramente sentito il suo nome?). Come non comprendere la disperazione, la speranza, la voglia di risposte di quest'uomo in tali gesti?

Dopo circa 84 giorni di Terapia Intensiva, Renzo ha avuto un colloquio con tutti gli specialisti che hanno preso in carico Lucia (neurochirurgo, neuroradiologo, fisiatra, anestesista, neurologo), a cui ha sottoposto diversi quesiti; quello che c'è di straordinario è che il signore al colloquio si è presentato con tre cartelloni che riassumevano tutto il percorso diagnostico – terapeutico – assistenziale a cui la moglie è stata sottoposta:

1. in una prima parte l'anamnesi e il decorso clinico, evidenziati gli esiti dei vari interventi chirurgici soprattutto per quanto riguarda il suo stato di coscienza;

2. in una seconda parte evidenziati i principali problemi clinico-assistenziali sopraggiunti durante la degenza in rianimazione; individuate in un cerchio alcune problematiche principali quali le infezioni, la dipendenza dal ventilatore e dalle amine; sollevato il problema degli antibiotici che nonostante siano essenziali da una parte, hanno provocato danni dall'altra. Inoltre ha individuato quali sono i problemi principali da risolvere per far sì che Lucia possa essere dimessa (svezzata dal ventilatore e dalle amine e in condizioni generali buone);
3. in una terza parte Renzo ha sollevato un interessante problema: a distanza di quasi 3 mesi di rianimazione e dopo tutto quello che è stato fatto (il sostegno respiratorio, l'alimentazione tramite SNG e il sostegno cardiocircolatorio con le amine), si configura in un accanimento terapeutico? Inoltre arrivati a questo punto, la Terapia Intensiva è accanimento terapeutico?
4. Nella quarta parte il signor Renzo ha posto un altro interessante quesito se con Lucia la battaglia non è ancora persa:
- qual è l'ipotesi temporale?
 - In quali condizioni potrà uscire da questa situazione?

Sicuramente su quest'ultimi argomenti si potrebbero aprire svariati e interminabili dibattiti, sui quali ognuno di noi ha una propria idea, e proprio perché la sua caratteristica è quella della soggettività e non dell'oggettività, bisogna che ogni nostro interlocutore, proprio per il ruolo che noi tutti ricopriamo, sia consapevole che rimarrà sempre un nostro parere personale e non professionale.

Quello che accade sempre, ed è quello che è accaduto anche a Renzo, è che le persone ricerchino in noi delle certezze, delle risposte che possano chiarire e risolvere tutti i loro dubbi, su argomenti a volte così complessi a cui non sappiamo dare una risposta, l'importante è sicuramente la correttezza e la semplicità nella trasmissione delle informazioni.

Quello che è sicuro, è che mi sono permesso di far notare a Renzo (lui stesso mi ha detto: "...Enzo, da questo punto di vista non l'avevo preso in considerazione... Grazie!"), è che il gran lavoro che ha fatto in questi mesi accanto alla moglie, la consapevolezza e la sua partecipazione a tutto il suo decorso clinico... gli hanno permesso (ora sicuramente solo a livello incosciente) in un certo modo di "abituarsi", di affrontare al meglio la situazione con la speranza ma anche con la consapevolezza della gravità della situazione (ciò emerge benissimo nel lavoro dei cartelloni che ha fatto) e soprattutto ha avuto la possibilità di elabo-

rare anche un futuro senza la persona in questo momento a lui più cara con cui ha condiviso gran parte della sua vita.

Il mio non vuole essere un discorso retorico, ma sono convinto che una persona che ha la "fortuna" di poter elaborare la morte, possa vivere tale evento in maniera più serena rispetto a chi invece non l'ha potuto fare (qui mi riferisco ad esempio a genitori che perdono i propri figli in incidenti stradali).

La perdita di persone care, sia che avvenga in un modo o nell'altro, è sempre un evento tragico e pieno di dolore, la differenza sta proprio nel fatto se questa sopraggiunga in maniera inaspettata o in un certo senso già attesa.

C'è stato un episodio a cui ho assistito e che mi colpito in maniera particolare, ove Renzo, in uno di quei numerosi momenti di ricerca di risposte e conforto, mentre stava raccontando della riunione con l'equipe di specialisti a un'anestesista, ad un certo punto le ha domandato: "...secondo lei, Lucia tornerà una persona?", alla risposta della dottoressa, che qualunque poteva essere la condizione della moglie, sempre

di una persona si trattava, il signore aggiunse con le lacrime agli occhi: "...intendo dire riuscirò mai a svegliarmi con Lucia accanto, darle un bacio e lei che mi possa dire: ciao Renzo come va stamattina?...questo intendo per persona, il poter tornar a comunicare con mia moglie...".

Non credo esistano parole per descrivere quello che in quel momento ho provato nel guardare negli occhi questa persona, sicuramente è stata un'ottima esperienza sia a livello professionale, ma soprattutto a livello personale.

Purtroppo oggi Lucia non c'è più, ho avuto la "fortuna" però di restare accanto a Renzo nelle ultime ore di vita della sua amata: sì penso proprio che non ci sia altro termine per definire Lucia, fino all'ultimo Renzo ha dimostrato quanto sia possibile amare infinitamente una persona, anche questa volta non ho saputo dir nulla osservando la situazione, ma nonostante questo, Renzo ad un certo punto mi ha guardato e stringendomi le spalle mi ha detto: "... grazie per esser qui... Enzo sei proprio una grande persona!!!..."., penso non ci sia bisogno di aggiungere altro per descrivere quello che

ho provato e che provo ancora oggi a distanza di mesi, nel ripensare a quello sguardo e quelle parole.

Molti sono i commenti che spesso facciamo o le opinioni espresse di fronte a queste situazioni, spesso dettate dalla nostra insofferenza, o molto spesso proprio per quella famosa barriera/corazza che ci siamo costruiti; sicuramente è molto più facile per tutti definire tali persone come dei "poveri depressi" o dei "poveri illusi" che non si rendono conto della realtà della situazione, se invece ci soffermassimo un momento di più ad analizzare il contesto, ci renderemo conto quanto importante sia l'aspetto della corretta comunicazione da parte nostra nei confronti dell'utenza (che molto spesso non facciamo nel modo più corretto: usiamo termini non sempre comprensibili, omettiamo determinate informazioni, a volte magari erroneamente illudiamo i parenti...).

Sicuramente l'arte dell'ascoltare è molto più complessa e difficoltosa del parlare, ed è forse sulla prima che dovremmo un po' tutti lavorare maggiormente.

Grazie Renzo...

Presentazione e invito

Sta rapidamente prendendo forma molto ben definita il 3° Congresso EfCCNa e 27° Congresso Aniarti. Le prime caratteristiche indicano chiaramente un interesse diffuso rispetto a quanto ipotizzato in fase organizzativa. Significativo è infatti il numero delle iscrizioni già effettuate prima ancora di conoscere il programma nei particolari: evidentemente, le garanzie di qualità e le attese degli iscritti sono molto elevate.

Quest'anno soltanto ci sarà nel nostro paese, dunque a portata di mano, un evento con alto valore formativo per gli infermieri dell'area critica.

Il valore formativo, in questo caso sarà veramente la sintesi di scambi di contenuti di professionalità specifica e scambi di conoscenze di comunità di professionisti.

Sarà infatti, il congresso di Firenze, non solo la presentazione di un ampio ventaglio delle più avanzate esperienze e ricerche infermieristiche in area critica in Europa, ma anche l'incontro, il parlarsi diretto, di gruppi nazionali e di singoli infermieri delle variegate tradizioni assistenziali della nostra Europa.

Abbiamo fatto ogni sforzo per favorire appunto, non solo il massimo di qualità tecnica delle presentazioni scientifiche, ma anche la reciproca conoscenza, la condivisione a livello interpersonale delle esperienze, delle concezioni dell'attività infermieristica e delle condizioni di lavoro. Sarà più facile del previsto stringere relazioni e instaurare collegamenti, fare progetti per il futuro, con l'ottica e l'esigenza nuova di

cambiare, di trovare soluzioni nuove a problemi complessi, di smontare miti intoccabili...

Avremo l'opportunità di vivere un ambiente nuovo, non ingessato ma volutamente libero e confidenziale. Dovremo approfittare di conoscerci ed abbattere i confini che inutilmente separano colleghi che fanno lo stesso lavoro, affrontano gli stessi problemi e non riescono a parlarsi per motivi tutto sommato senza senso. Il congresso vuole essere un simbolo di svolta all'apertura, una fiera degli scambi liberi e con l'unico interesse di avanzare tutti meglio.

Le due componenti che danno alla cultura la sua dimensione profonda e ricca, non sempre facilmente associate, sono appunto le conoscenze approfondite e la comunicazione tra le persone per i fini più nobili e di lunga prospettiva.

Non nascondiamo che, nell'organizzare questo avvenimento con la volontà di "influire sull'assistenza infermieristica di area critica in Europa", un pizzico di consapevole e responsabile utopia l'abbiamo prevista e progettata: l'utopia di voler contribuire a costruire, per la nostra parte, un mondo, un'Europa nuova, che superi le vecchie contrapposizioni e le concorrenze, per recuperare invece il patrimonio storico e la composizione delle conoscenze. Notoriamente è questo l'unico modo per superare le difficoltà e riuscire a risolvere problemi complessi. E sappiamo molto bene che i problemi dell'assistenza che ogni giorno affrontiamo sono complessi.

Dunque abbiamo un'opportunità certo

impegnativa, ma che non si presenterà per molti anni in questa forma per noi italiani in particolare.

Contiamo che tutto questo venga colto come un'occasione unica e dunque da non perdere.

Lingua ufficiale

La lingua ufficiale del Congresso è l'inglese. Sarà disponibile la traduzione simultanea dall'inglese all'italiano (gratis per i soci Aniarti 2008 e con un piccolo contributo spese per i non iscritti).

Informazioni generali

I soci Aniarti per il 2008 sono vivamente invitati a portare con sé la tessera di iscrizione.

Verrà chiesto l'accreditamento ECM per Infermiere e Infermiere Pediatrico.

Informazioni dettagliate per l'iscrizione e la presentazione degli abstract sui siti web.

Hotel, viaggi & turismo:

Aliwest Travel
Via Paganini, 30/36 - 50127 Firenze
Tel. 055.4221201
e-mail: congressi@aliwest.com
website: www.aliwest.com

Quote di Iscrizione

- Entro il 21° Luglio 2008
€ 220 (183,33+36,67 IVA)
- Dal 22 Luglio all'8 Settembre 2008
€ 250 (208,33+41,67 IVA)
- Dal 9 Settembre 2008
€ 330 (275+55 IVA)
- Accompagnatori al party del Congresso € 30